



Universidade Católica Portuguesa

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CURRICULA DE ENFERMAGEM

CONHECIMENTO DOS PROFESSORES E SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS ESTUDANTES

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Educação em Enfermagem

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

Instituto de Ciências da Saúde
junho, 2017



Universidade Católica Portuguesa

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CURRÍCULA DE ENFERMAGEM

**CONHECIMENTO DOS PROFESSORES
E SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS ESTUDANTES**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na especialidade de Educação em Enfermagem

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

Sob a orientação do Professor Doutor José Penedos Amendoeira

Instituto de Ciências da Saúde

junho, 2017

*À memória dos meus pais, Laurinda e Luís,
cuja presença sinto a cada momento, muito
em especial à minha mãe, que perdi
durante este percurso*

*Aos meus netos Leonor e Afonso, que muito
amo, para que o seu projeto de vida e de
saúde sejam promotores do seu
desenvolvimento como pessoas e como
cidadãos*

*A cada um peço que se centre nas forças da vida,
na mobilização dos recursos vitais, respeitando o
indivíduo e a humanidade para promover os
cuidados e promover a vida.*

Collière, 1999

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Amendoeira

Um agradecimento muito especial pela forma como soube conciliar a sua disponibilidade, presença e amizade, com a necessária exigência científica em cada momento e pela reflexão e aprendizagem que tive o privilégio de desfrutar no desenvolvimento deste processo. Sempre encontrei a crítica e o reforço positivo, bem como as sugestões oportunas para seguir o caminho.

À Escola Superior de Saúde de Santarém

À Direção da Escola e aos colegas que com a gestão das atividades pedagógicas me permitiram tempo, por forma a desenvolver este trabalho.

À Direção e à Presidência das Escolas Superiores de Saúde envolvidas pela disponibilidade na colaboração do estudo e pelas facilidades concedidas na fase de colheita de dados.

Às Professoras Hélia e Suzana pelo apoio, disponibilidade e amizade na fase de colheita de dados.

Ao Amendoeira e à Alcinda colegas e amigos de tantos anos pela referência que são para mim, por me terem feito acreditar que este percurso que agora termina era possível, mas sobretudo pelo incentivo e disponibilidade.

Aos Enfermeiros Diretores dos Hospitais e aos Enfermeiros dos Conselhos Clínicos dos ACES, pelo acolhimento com que fui recebida e no “abrir de portas” para que este estudo fosse possível.

Aos Enfermeiros responsáveis das Unidades dos ACES e Enfermeiros Chefes dos serviços de obstetrícia e pediatria dos Hospitais pelo empenho e disponibilidade que sempre mostraram para que este estudo se realizasse.

Aos Enfermeiros das Unidades dos ACES e Enfermeiros dos serviços de obstetrícia e pediatria dos Hospitais pelo empenho, disponibilidade e facilidades que sempre me concederam, para que este estudo se realizasse, aquando em observação dos estudantes.

Aos participantes: professores e estudantes das Escolas Superiores de Saúde pela disponibilidade e empenho que demonstraram na participação no estudo.

Ao meu marido António, pelo empenho e acompanhamento nas viagens por este país fora.
Aos meus filhos Luís e Nuno, minha fonte de luz.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

LISTA DE SIGLAS

ACES-Agrupamento de Centros de Saúde
ACHA-American College Health Association
ANA-American Nurses Association
ARSLVT-Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CHNC-Community Health Nurses of Canada
CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEC-Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
CPLEEC-Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária
CRNBC-College of Registered Nurses of British Columbia
CSH-Ciências Sociais e Humanas
CSP-Cuidados de Saúde Primários
DGS-Direção Geral da Saúde
HND-História Natural da Doença
EEECSP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
ESS-Escola (s) Superior (es) de Saúde
EUA-Estados Unidos da América
ICN-International Council of Nurses
DST-Doenças Sexualmente Transmissíveis
MAIFC-Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary
MBDHBM-Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner & Morris
NUT-Nomenclatura de Unidade Territorial
OARS-The Older Americans Resources and Services Program
ONG-Organizações Não-Governamentais
OE-Ordem dos Enfermeiros
PBE-Prática Baseada na Evidência
PNPCD-Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNPCDC-Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
PNS-Plano Nacional de Saúde

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CURRÍCULA DE ENFERMAGEM

PNSE-Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ-Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSI- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PNSSR-Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

PNV-Programa Nacional de Vacinação

REEPS-Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL-Revisão Sistemática da Literatura

SAPE-Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS-Serviço Nacional de Saúde

UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP-Universidade Católica Portuguesa

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNESCO- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

USF-Unidade (s) de Saúde Familiar

WHO-World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

AV (s) -Atividades de vida

DOET-Documento operacional do ensino teórico

Dr-Doutor

Dra-Doutora

Enfº-Enfermeiro

Enfª-Enfermeira

Enfªs Enfermeiras

Enfºs-Enfermeiros

Est.-Estudante (es)

EpS-Educação para a Saúde

FPDPE-Fatores Potencialmente Desencadeantes de Problemas de Enfermagem

IAI-Instrumento de Avaliação Integrado

IBE-Instrumento (s). Básico (s) em Enfermagem

PE-Processo de Enfermagem

PECE-Plano (s) de Estudo do Curso de Enfermagem

PECMEC/CPLEEC-Plano (s) de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem
Comunitária e/ou Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Comunitária

Prof-Professor

Profª-Professora

Profs-Professores

Professoras-Profªs

PrS-Promoção da Saúde

Sr-Senhor

Sra-Senhora

SEpS-Sessão (ões) de Educação para a Saúde

UC- Unidade (s) Curricular (es)

VD-Visita Domiciliária

ÍNDICE

	P
INTRODUÇÃO.....	15

I Parte

CONTEXTO TEÓRICO SOCIAL NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM COMO PROMOTOR DE SAÚDE

1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDAR EM ENFERMAGEM: PROFESSORES E ESTUDANTES NA CONSTRUÇÃO DE SABERES.....	26
2 - CONTRIBUTOS DO MODELO SISTÊMICO E DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR.....	49
3 - CURRÍCULO DE ENFERMAGEM PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE COMO PROMOTOR DE SAÚDE...	52
3.1 - CURRÍCULO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NUMA ABORDAGEM BIOECOLÓGICA	56
3.2 - AS TRANSIÇÕES NO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM COMO APRENDENTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	64

II Parte

ESTUDO EMPÍRICO NA RECONSTRUÇÃO DA REALIDADE

1 - DO MÉTODO.....	70
1.1 - DESENHO DO ESTUDO.....	74
1.2 - ESTUDO I.....	76
1.2.1 - Pesquisa documental.....	80
1.2.2 - Observação participante	82
1.2.3 - Entrevista semiestruturada	86
1.3 - ESTUDO II.....	89

1.3.1 - Pesquisa documental.....	91
1.3.2 - Observação participante.....	92
1.3.3 - Entrevista semiestruturada	94

III Parte
O ESTUDO DO FENÓMENO
UM PERCURSO PARA O CONHECIMENTO DA REALIDADE

1 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	97
2 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	105
3 - NA PROCURA DE ACHADOS COM SIGNIFICADO	107
3.1 - APRENDIZAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE CENTRADA NOS ESTUDANTES.....	111
3.2 - INTERVENÇÃO CONTEXTUALIZADA NO DOMÍNIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	230

IV Parte
TEORIA EXPLICATIVA NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS
DO ESTUDANTE COMO PROMOTOR DE SAÚDE

1 - PARA UM CURRÍCULO DE ENFERMAGEM CENTRADO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE COMO PROMOTOR DE SAÚDE.....	322
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....	340
BIBLIOGRAFIA.....	351
ANEXOS.....	370
ANEXO I - Autorizações das Escolas Superiores de Saúde.....	371
ANEXO II - Autorizações dos Enfermeiros Diretores dos Hospitais.....	375
Anexo III - Autorizações dos Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde.....	379
Anexo IV - Caracterização dos professores.....	384

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CURRÍCULA DE ENFERMAGEM

Anexo V - Caraterização dos estudantes	387
Anexo VI - Momentos de observação dos estudantes das Escolas A e B....	389
Anexo VII - Planos de observação	392
Anexo VIII - Guião de entrevista aos professores.....	399
Anexo IX - Guião de entrevista aos estudantes.....	405
Anexo X- Domínios culturais da observação participante.....	410
Anexo XI - Termos de Consentimento Informado.....	415
Anexo XII - Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.....	423
Anexo XIII - Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde B	425
Anexo XIV - Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT.....	427

ÍNDICE DE FIGURAS

	P
Figura 1- Determinantes de saúde.....	43
Figura 2- Empowerment comunitário como um contínuo.....	47
Figura 3- Cruzamento entre o currículo e o modelo bioecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner & Morris	57
Figura 4- Seleção Teórico-Conceptual para Estudo da Promoção da Saúde nos Currícula de Enfermagem.....	67
Figura 5- Esquema da metodologia do estudo.....	73
Figura 6- Utilização conjunta das técnicas de recolha de dados.....	74
Figura 7- Exemplo de uma situação de interação observada na sala de tratamentos com o posicionamento “A” como observadora...	83
Figura 8- Diagrama das fases do tratamento e análise do material empírico.....	98
Figura 9- A Promoção da Saúde com os participantes - sentidos atribuídos e mobilização do conhecimento na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular	108
Figura 10- Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes, domínios e categorias.....	112
Figura 11- Exemplo da síntese do tema aprendizagem da PrS centrada no estudante, segundo os professores e estudantes.....	223
Figura 12- Intervenção contextualizada no domínio da PrS, domínios e categorias.....	232
Figura 13- Exemplo da síntese do tema intervenção contextualizada no domínio da PrS centrada no estudante, segundo os professores e estudantes.....	315
Figura 14- O desenvolvimento de competências do estudante como promotor de saúde – um esquema interpretativo.....	337

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1-	Documentos consultados na Escola A.....	P. 81
Quadro 2-	Documentos consultados na Escola B.....	92
Quadro 3-	Exemplo de unidades de análise das entrevistas.....	103
Quadro 4-	Sistema de categorias provenientes das diferentes técnicas	104
Quadro 5-	Códigos atribuídos nas unidades de registo e excertos das observações participantes.....	110

RESUMO

A Declaração de Munich (2000) solicitou a inclusão explícita da Promoção da Saúde nos currícula de enfermagem, para fortalecer a enfermagem na Europa, no domínio da saúde pública, Promoção da Saúde e desenvolvimento da comunidade, apelando ao desenvolvimento de competências dos estudantes para serem promotores de saúde no século XXI. A evidência científica releva que se deve constituir num grande tema nos currícula de graduação e de pós-graduação, para produção de profissionais com credibilidade junto da comunidade científica. Estes são os pressupostos que nos conduziram a este percurso de investigação.

Pretendemos analisar os currícula de enfermagem, caracterizar o conhecimento dos professores sobre a Promoção da Saúde na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular e identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da Promoção da Saúde.

A investigação foi desenvolvida em duas Escolas Superiores de Saúde e em unidades de saúde na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e na Região de Saúde do Centro e em Unidades de Obstetrícia e de Pediatria nos Hospitais da área de implantação das Escolas. Envolveu setenta e nove participantes: dezassete professores e sessenta e dois estudantes.

Utilizámos o método de estudo de caso múltiplo com pesquisa documental, observação participante, entrevistas semiestruturadas a professores e estudantes, com tratamento dos dados através de análise de conteúdo e identificação e análise de domínios culturais.

Da análise dos dados empíricos emergiram os temas: Aprendizagem da Promoção da Saúde centrada nos estudantes e intervenção contextualizada no domínio da Promoção da Saúde com as seguintes evidências: Professores e estudantes associam a Promoção da Saúde à mudança de comportamento e à prevenção das doenças; necessidade, por parte dos professores, de uma UC transversal ou não, com práticas simuladas; A Prática Baseada na Evidência como estratégia educativa utilizada pelos professores no 2º Ciclo é assistemática. O diagnóstico de saúde é relevado pelos professores, salientando a passagem de um foco individual nos cuidados, para um foco coletivo; os temas das sessões de educação para a saúde são sugeridos: pelos enfermeiros ou por parceiros e não pela comunidade; Os estudantes do 1º ciclo realçam a adequação de estratégias de comunicação e relacionais na interação com as pessoas, de modo a capacitá-las para o autocuidado.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, Promoção da Saúde nos Currícula, Competências, Promotor de Saúde

ABSTRACT

The Declaration of Munich (2000) requested the explicit inclusion of Health Promotion in the nursing curricula in order to strengthen nursing in Europe, in the field of public health, Health Promotion and community development, calling for the development of skills on students as health promoters in the XXI century. Scientific evidence reveals that it should be a major theme in undergraduate and graduate curricula for production of professionals with credibility in the eyes of the scientific community. These are the assumptions that led us to this path of investigation.

We intend to analyze the nursing curricula, characterize the teachers' knowledge on Health Promotion considering the design, curriculum development and evaluation and identify the meanings attributed by students to learning of Health Promotion.

The research was developed in two Schools of Health and Health Units in the Lisbon Health Region and Tagus Valley and the Center Health Region and of Obstetrics and Pediatrics Units in Hospitals of Schools' deployment area. It involved seventy-nine participants: seventeen teachers and sixty two students.

We used the multiple case study method to document research, participant observation, and semi-structured interviews with teachers and students, with data processing through content analysis and analysis by cultural domains.

From the analysis of the empirical data emerged the themes: Learning of the Promotion of the Health centered in the students and contextualized intervention in the field of Health Promotion with the following evidences: Teachers and students associate the Health Promotion to the change of behavior and the prevention of the diseases; teachers' need for a transverse or non-curricular unit with simulated practices; the Evidence-Based Practice as an educational strategy used by teachers in the 2nd Cycle is unsystematic. The diagnosis of health is revealed by the teachers, emphasizing the transition from an individual focus to care, to a collective focus; The themes of health education sessions are suggested: by nurses or by partners and not by the community; The students of the 1st cycle emphasize the adequacy of communication and relational strategies in the interaction with the people, so as to enable them for self-care.

Keywords: Nursing Education; Health Promotion in Curriculum; Skills, Health Promoter

INTRODUÇÃO

As profundas mudanças na evolução da sociedade nas últimas décadas conduziram a que vários investigadores tenham procurado analisar os seus efeitos, particularmente, ao nível do acesso ao conhecimento e à aprendizagem.

O estudo aqui apresentado surgiu de motivações e reflexões ligadas a um percurso pessoal e profissional como enfermeira e professora, em conformidade com a investigação. Decorre também da formação adquirida aquando do mestrado em Saúde Escolar, onde as dimensões da PrS foram abordadas, ampliando o corpo de conhecimentos e a motivação para esta área de pesquisa (Figueiredo & Amendoeira, 2014a). Aquando da investigação realizada foi constatado que os enfermeiros, para além de, confundirem os conceitos de PrS e Educação para a Saúde (EpS), tinham uma relação de poder e verticalidade com os pais das crianças e não uma relação de capacitação e habilidades para a tomada de decisão em saúde, o que nos fez pensar se a PrS faz parte do currículo do curso de enfermagem, quais e como são os conteúdos abordados e como é feita a transposição pelos estudantes para a prática de cuidados (Figueiredo & Amendoeira, 2014a).

No desenvolvimento da atividade profissional na interação com estudantes¹ do 1º e 2º ciclo e nos contactos com os nossos pares especialistas em enfermagem comunitária constatámos dificuldades nos cuidados prestados pelos estudantes em contexto de ensino clínico² no âmbito da PrS enquanto intervenção autónoma dos enfermeiros.

Em diferentes momentos os estudantes nos exteriorizaram dificuldades na conceção da PrS e EpS, bem como no planeamento de intervenções direcionadas

¹ O termo estudante é utilizado a partir da conceptualização da investigadora. Sempre que referencia outros autores ou participantes no estudo e for referido o termo aluno será respeitante a esta nomenclatura.

² Portaria n.º 799-D/99 – artigo n.º5, 1 – A componente de ensino clínico tem por objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. 3 – O ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal da saúde qualificado.

para a capacitação e empowerment das pessoas no sentido da construção do conhecimento e tomada de decisão nos cuidados pela sua saúde, quer em Unidades de Saúde Familiar (USF) quer em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), onde orientamos estudantes em ensino clínico.

Ao refletirmos sobre estes momentos em contextos de cuidados e com os pares, fomos construindo gradualmente a nossa área de interesse (Gauthier, 2003) como investigadora, concretizada neste Doutoramento em Enfermagem, na área da Educação.

Indagámos diversas fontes, conscientes da importância deste campo de estudo no “desenrolar da investigação” (Gauthier, 2003, p.24).

As orientações enunciadas na Carta de Ottawa pela World Health Organization (WHO, 1986) vieram mostrar uma nova forma de olhar a saúde com ênfase na PrS. Whitehead (2003) e Mcilfatrick (2004) referem a importância de incluir a PrS nos currículos de enfermagem, numa orientação direcionada para a intervenção sobre os determinantes de saúde (Lopes; Saraiva; Fernandes & Ximenes, 2010; Loureiro & Miranda, 2010). McMurray (2007) defende ser necessário capacitar os estudantes, para que eles sejam promotores de saúde no século XXI, para responder às exigências deste mesmo século. Por outro lado, enfatiza-se as parcerias com o poder político local e Organizações Não Governamentais (ONG) a favor da saúde das comunidades (Lopes et al., 2010; Loureiro & Miranda, 2010; Morrondo, 2000; WHO, 1986), em que as atividades de PrS devem estar mais centradas nos grupos de indivíduos e no ambiente (Carvalho, 2004a; WHO, 1986).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), nos princípios implícitos à prática clínica dos enfermeiros na PrS referidos no Código Deontológico do Enfermeiro em Portugal (OE, 2009), salienta no artº 78º, valores inerentes à PrS como a igualdade; a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade.

Também a OE (2012) no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais defende na alínea b) do artº6º, no Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, que o enfermeiro de cuidados gerais “contribui para a promoção da saúde” (p.9). No regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, nas alíneas a) e b) do

artº 4º, este deve “estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (p.2) e “contribui para o processo de capacitação dos grupos e comunidade” (OE, 2010a, p.2).

No Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 emitido pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2012a, p.26) um dos objetivos passa por promover a participação e o “empowerment” dos clientes, realçando a compreensão por parte dos decisores políticos, reforçando que as mudanças obtidas através do empowerment podem ser evidência suficiente de um programa bem-sucedido, o que requer uma mudança, quer na própria cultura do Sistema de Saúde, quer nas atitudes dos profissionais.

A evidência científica aponta que a enfermagem ainda tem um longo caminho a percorrer para dar o seu contributo para a realização e operacionalização da PrS, sendo que alguns autores justificam este acontecimento pela falta de uma posição clara, conceptual e epistemológica (Casey, 2007; Irvine, 2007; Holt; Warne, 2007; Piper, 2008). Outros salientam a falta de ação na compreensão da PrS, falta de formação, falta de vontade política ou ação na profissão (Caelli et al, 2003; Rush et al, 2005; Kelly; Abraham, 2007). McMurray (2007) afirmou, que os compromissos fundamentais da PrS constituem um princípio chave do desenvolvimento global e são, altamente, exigentes e políticos, mostrando-se preocupada com a formação dos enfermeiros, questionando se a enfermagem, está preparada para dar resposta à reforma da PrS. Whitehead (2007) defende que a PrS deveria constituir um grande tema visível nos currícula de graduação e de pós-graduação, a fim de produzir profissionais capacitados e credíveis junto da comunidade científica de PrS.

Na Revisão Sistemática da Literatura (RSL) desenvolvida por Figueiredo & Amendoeira (2014b), constatámos que o referencial conceptual da PrS, que deve orientar a formação e possibilitar a prática, surge como conceito impreciso por parte dos professores (Poskiparta et al., 2000; Baldi, 2006; Whitehead, 2007; Holt & Warne, 2007; Carvalho, 2007; Silva, et al., 2007; 2009), baseado num modelo tradicional behaviorista que promove o distanciamento entre teoria e prática nos contextos de aprendizagem (Poskiparta et al, 2000; Whitehead, 2007; Silva, et al., 2007; 2009).

Os professores desconhecem conteúdo de outros módulos (Poskiparta et al., 2000), e referem falta de comunicação entre as disciplinas não favorecendo a visão do todo nem articulação entre os saberes (Falcón et al., 2008; Sjogren et al., 2003).

Os professores têm procurado construir modelos de ensino e ações estratégicas, que permitem o desenvolvimento de competências em PrS (Silva, et al., 2007), mas outros não sabem explicar os métodos de ensino utilizados (Poskiparta, 2000), pois centram-se em metodologias diretivas (Silva, et al., 2007) e estratégias mais passivas (Carvalho, 2007).

Nos estudos de Liimatainen et al. (2001) e de Falcón et al. (2008) foram identificadas mudanças significativas após reflexão sobre as práticas com os estudantes, o que se traduz num modo de aprendizagem, centrado num paradigma construtivista da PrS, mas continua, a existir aprendizagem centrada num paradigma behaviorista da EpS, em que as habilidades pessoais e construção do conhecimento são feitos através de informações, por quem detém o saber, sendo um reflexo da forma como PrS foi abordada no currículo (Whitehead, 2002; 2007; Holt & Warne, 2007), quer pela influência dos settings da prática, quer pelas vivências com os enfermeiros (Whitehead, 2002; 2007).

As dificuldades maiores dos professores centram-se ao nível da estrutura (extensão no currículo; conteúdos, módulos ou disciplinas, número de créditos) (Poskiparta, et al., 2000; Sjogren et al., 2003; Whitehead, 2006; Baldi, 2006; Whitehead, 2007), com competências a desenvolver focalizadas num paradigma behaviorista.

Os estudantes mostram descontentamento por a PrS, ter sido integrada em disciplinas que não enfermagem. Sugerem mudanças estruturais no currículo para a sua formação, como: um módulo específico para os aspetos mais gerais e módulos integrados para aprofundamento e compreensão da PrS e sobretudo, sugerem métodos, que envolvam a consciência crítica (Poskiparta, 2000); Mostram descontentamento com o conteúdo e qualidade de ensino e falta de competências para o desenvolvimento da PrS (Whitehead, 2002); Consideram que a PrS tem pouca relevância nas experiências do-mundo real da enfermagem (Holt & Warne, 2007). Referem que os conteúdos de PrS deveriam ser substituídos por conteúdos mais úteis para o desenvolvimento de competências clínicas e de terapêutica (Holt & Warne, 2007).

Identificámos diversos fatores que exercem influência no modo como os estudantes constroem a sua aprendizagem e competências em PrS, sendo estes ao nível de:

- Formação: módulos com pouca especificidade de Prs (Whitehead, 2002; 2007); conceito de PrS era vago, pois professores tinham dificuldade em o conceptualizar de forma compreensível (Whitehead, 2007);
- Comunicação organizacional: carência de estratégias de integração docente/discente, serviços e comunidade para o processo de mudança na formação (Silva, et al, 2007; 2009); carência de estratégias de relações formais entre escola e serviços (Silva, et al, 2009);
- Características pessoais e/ou profissionais dos enfermeiros: estudantes não procuram desenvolver os seus conhecimentos, mas agradar aos enfermeiros (Whitehead, 2002); Bloqueio das atividades pelos enfermeiros, gerando pressão nos estudantes ou pela relação estudante/avaliador (Holt & Warne, 2007);
- Organização dos cuidados: falta de tempo pela carga de trabalho dos enfermeiros para falar com os doentes; a continuidade dos cuidados no curto tempo de internamento dos doentes leva a que, os enfermeiros utilizem apenas um folheto (Holt & Warne, 2007).

O estudo de Piper (2008) refere que, os enfermeiros apresentam confusão e inconsistências sobre o significado de EpS e PrS. Se se persistir nesta posição e se os professores considerarem esta linguagem transferível, a enfermagem pode não ser ouvida por outras disciplinas, tornando-se invisível, não dando o seu contributo para o debate da teoria e prática da PrS (Whitehead, 2007).

A Declaração de Munich (WHO, 2000a) pediu a inclusão explícita da PrS em todos os currícula de enfermagem, para fortalecer o papel dos enfermeiros na Europa, no domínio da saúde pública, PrS e desenvolvimento da comunidade, mas o pedido, efetivamente, não foi acolhido, e os elementos mais amplos da PrS são mutados pela comparação com a abordagem tradicional EpS (Whitehead, 2007).

A WHO insiste no desenvolvimento das capacidades dos estudantes para serem promotores de saúde no século XXI. Também Watson (2005b) referindo-se à formação do enfermeiro do futuro, salienta que este carece de diversas competências, entre as quais destaca a prática avançada na PrS e no auto cuidar.

O discurso do Processo de Bolonha transparece na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular, requerendo a necessidade de situar os professores e os estudantes no ensino de enfermagem. Reconhecemos um paradigma de educação, cujo centro da aprendizagem é o estudante no desenvolvimento das suas competências e gestão autónoma e responsável pelo seu processo formativo. Neste seguimento o estudante procura as metodologias e estratégias, que auxiliem a produção do seu trabalho autónomo, e o professor como mediador do processo de aprendizagem deve procurar integrar estratégias pedagógicas, que estimulem a capacidade auto formativa do estudante.

Tendo em conta as exigências que são feitas aos enfermeiros enquanto promotores de saúde no século XXI, que a PrS é um processo, com efeitos positivos na saúde dos cidadãos enquanto sujeitos ativos e participativos na sua saúde, então a temática da PrS, constitui-se como importante a ser incluída nos currícula em enfermagem. Tal justifica-se para que os estudantes consolidem saberes, habilidades, capacidades e competências e valida a pertinência deste estudo.

Da nossa vivência como professora identificamos inexistência de horas atribuídas no currículo à abordagem da PrS e fraca quantidade de horas destinadas à EpS. Identificamos também diminuta capacidade reflexiva dos estudantes sobre a prática da PrS e uma visão biomédica e comportamentalista de que as pessoas não têm conhecimentos, centrando-se num modelo informativo por quem detém o saber, dizendo às pessoas como fazer, (Whitehead, 2002; 2007; Holt & Warne, 2007; Figueiredo & Amendoeira, 2014b).

Por outro lado, salientamos uma manifesta motivação dos estudantes e professores para conteúdos de patologias e habilidades técnicas. Os professores referem-nos: fraco poder reflexivo dos estudantes; dificuldades ao nível da apropriação de conhecimentos sobre PrS e da pessoa como centro dos cuidados pelos estudantes na prática clínica e fraca visibilidade desta prática nos contextos de cuidados.

Ao reconhecermos estas dificuldades com os diferentes intervenientes em ensino teórico ³ e ensino clínico, questionamos as repercussões no estudante quando em

³ Portaria n.º 799-D/99 – artigo n.º 4, 1 - A componente de ensino teórico tem como objetivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem.

interação com as pessoas no processo de cuidados sobre a PrS, para que aquelas sejam autónomas e com poder de decisão sobre a sua saúde.

O processo de aprendizagem sobre a PrS tem sido estudado por diversos autores no âmbito da formação em enfermagem (Poskiparta, Liimatainen & Sjogren, 2000; Liimatainen, Poskiparta, Sjögren, Kettunen, & Karhila, 2001; Whitehead, 2002; 2007; 2009; Baldi, 2006; Falcón, Carmela, Erdmann & Backes 2008; Holt & Warne, 2007; Carvalho, 2007; Sjogren, Poskiparta, Liimatainen & Kettunen, 2008; Silva, Sena, Grillo, Horta, & Prado, 2007; 2009), contudo, são poucos os currícula de enfermagem em Portugal que versam a PrS numa abordagem socio-política e ecológica, o que implica olhar o fenómeno de modo investigativo.

Desenvolver com o estudante uma “consciência de cuidado” na PrS significa um conhecimento da realidade da sua formação e do cuidar, de forma crítica, referida por Waldow (2009) e que pretendemos compreender no contexto do paradigma educacional pós-Bolonha e do paradigma do cuidar educativo invocado por Bevis & Watson (2005).

No centro de interesse e foco de atenção está o estudante na aprendizagem e mobilização de conhecimentos específicos da PrS da teoria para a prática, seguindo as etapas do processo de enfermagem (PE) (Amendoeira, 2000; 2006; Figueiredo; Amendoeira; Serra & Branco, 2014b) e o modo como este conhecimento é mobilizado pelos professores para que ocorra aprendizagem.

Cientes de que um problema de investigação equaciona a questão do saber desejável e a pertinência social nas preocupações dos atores (professores e estudantes), partindo do conhecido, atualmente, para um novo conhecimento científico (Chevrier, 2003), definimos como objeto de estudo: a PrS nos currícula de enfermagem. Formulámos as seguintes questões de investigação:

(1) Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular? (2) Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS?

Nesta sequência, enunciámos os seguintes objetivos:

- Analisar os currícula do curso de enfermagem
- Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular

▪ Identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS
Neste seguimento temos como finalidade, construir uma teoria explicativa sobre a PrS no ensino de enfermagem, considerando a abordagem indutiva de investigação de acordo com a perspetiva de Chevrier (2003).

Desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa - estudo de caso múltiplo (Yin, 2010, Stake, 2012), em que os casos são duas Escolas Superiores de Saúde (ESS), o que nos permitiu uma perspetiva do mesmo fenómeno, através da triangulação: contextos - ESS, integradas em Instituto Politécnico; participantes - estudantes e professores, tendo integrado o estudo cinquenta e dois estudantes, sendo quarenta e oito do 1º ciclo e quatro do 2º ciclo, que se voluntariaram após contacto pessoal, sendo que para a observação participante, foram apenas os do 1º ciclo; dezassete professores selecionados de forma intencional; de dados empíricos - a partir de diferentes fontes de evidência (Yin, 2010) que se complementam; metodológica - envolvendo a combinação de múltiplos métodos, pesquisa documental, observação participante e entrevista semiestruturada, de modo a compreender melhor os diferentes aspetos da PrS nos currícula de enfermagem e a evitar os enviesamentos; de autores que mobilizamos:

- Whitehead (2002; 2003; 2004; 2007; 2009; 2011a; 2011b) como autor de referência sobre a PrS numa perspetiva sóciopolítica e ecológica;
- O contributo da Teoria Dialógica de Paulo Freire das ciências da educação (1973;1979,1987) no exercício da aprendizagem transformadora, que enfatiza a importância do diálogo e da participação como elementos pedagógicos do processo educativo, o que implica um saber crítico que proporciona uma práxis e reflexão na ação com base nas experiências vividas, para gerar novas formas de conhecimento e aprendizagem do estudante;
- Amendoeira (2000; 2006) na valorização do processo de cuidados como sistema de interação onde a pessoa é o centro de interesse, e onde o enfermeiro possui conhecimentos específicos, que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento de cuidados, que ele próprio executa e controla;
- Hermansson & Martensson (2010); Laverack, 2008; McCarthy & Freeman (2008); Robinson, Driedger, Elliott & Eyle (2006) na valorização do empowerment na prática da PrS;

- Bevis & Watson (2005), no Paradigma do Cuidar-Educativo que defendem o currículo como um projeto, com todas as interações e transações que ocorrem nos estudantes entre si e entre estes e os professores com a intenção de aprendizagem.
- Tavares (1996) que releva como meta a atingir na formação, ajudar os estudantes, a analisar e a compreender os assuntos, como a transformá-los, aplicá-los, desenvolvê-los e a (auto) desenvolverem-se;
- Roldão (2003, p.28) que concebe o currículo orientado para as competências do “saber, saber fazer e saber agir em situação”;
- Alonso (2004; 2002) que defende um currículo organizado por competências, como constructo central na sua definição e organização, num projeto curricular integrado;
- O modelo bioecológico de Bronfenbrenner & Morris (2006) conjugando os elementos multidirecionais inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, que se constituem como promotores de desenvolvimento;
- Teoria salutogénica de PrS de Antonovsky (1996) que deriva dos modelos socio ecológicos (1979) e que salienta o sentido de coer;
- Yin (2010) e Stake (2012) na metodologia de pesquisa do estudo de caso.

Ao adotarmos o paradigma humanista no processo de aprendizagem com o estudante no sentido da desconstrução do paradigma dominante behaviorista, posicionamo-nos numa avaliação crítico-interpretativa de análise da relação entre: estudante e professor no processo de aprendizagem da PrS desenvolvido pelo estudante.

- Das Ciências de Enfermagem destacamos a teoria das Transições de Meleis (2010), na compreensão do estudante em desenvolvimento ao longo do curso; o modelo de Neuman (1995) numa abordagem sistémica da pessoa, ao adotarmos a perspetiva holística da enfermagem; o modelo de Pender (1996) como modelo de PrS.

A organização deste relatório estrutura-se em quatro partes:

- A primeira parte – “Contexto teórico social na formação do estudante de enfermagem como promotor de saúde” corresponde aos referenciais teórico-conceptuais, que suportaram a fase empírica.

- A segunda parte - “Estudo empírico na reconstrução da realidade”, apresentamos o desenho do estudo; técnicas de produção de dados; análise e as considerações éticas.
- A terceira parte - “O estudo do fenómeno - um percurso para o conhecimento da realidade” que reúne o contributo desta investigação para um novo conhecimento científico em enfermagem, onde apresentamos o tratamento e análise dos dados.
- A quarta parte – “Teoria explicativa na construção de competências do estudante como promotor de saúde” com a elaboração de um esquema interpretativo, para um currículo de enfermagem centrado no desenvolvimento de competências do estudante como promotor de saúde, explanando os conceitos e as suas relações em torno do fenómeno em estudo.

I PARTE

**CONTEXTO TEÓRICO SOCIAL NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE
ENFERMAGEM COMO PROMOTOR DE SAÚDE**

1-PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDAR EM ENFERMAGEM: PROFESSORES E ESTUDANTES NA CONSTRUÇÃO DE SABERES

Na construção de saberes sobre a PrS há que entendermos a sua evolução histórica, bem como o conceito de saúde e outros que lhe estão subjacentes, bem como compreender as teorias e modelos no cuidar na PrS.

Evolução Histórica da Promoção da Saúde

A PrS resulta do avanço científico e dos achados produzidos bem como da evolução do conceito de saúde, pelo que parece ser adequado compreender o desenvolvimento desta conceção.

A saúde tem sido uma preocupação desde a antiguidade, atribuída aos deuses, passando pelos quatro humores de Hipócrates e Galeno. Descartes no século XVII (em quem se baseia o modelo biomédico), atribuiu as causas físicas às doenças, sendo a saúde entendida como ausência de doença e o médico o principal agente responsável pela saúde, cujo foco era a patologia.

Até meados do século XIX o conhecimento sobre o corpo é segmentado, com visão redutora do conhecimento biológico, psíquico e social (Carvalho, 2007; Carvalho & Carvalho, 2006). Esta orientação influenciou e continua a influenciar a Enfermagem. (Carvalho, 2007).

A WHO (1948) postula a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. É uma definição positiva, mas com foco na doença (Buss & Filho, 2007), não relevando os aspetos adaptativos da pessoa às suas crises nem à sua relação com o meio ambiente, mas engloba o termo bem-estar, que reflete a noção de equilíbrio e de harmonia (Viana, 2001), embora na opinião de Carcel (2000) bem-estar seja um conceito subjetivo, sensação difícil de definir e confusa com mal-estar. Esta sensação é influenciada por vários fatores da comunidade, pois a mesma pessoa pode responder de modo diferente de acordo com o momento e situação. No dizer de Bowling (1994), a noção de bem-estar, não significa ausência de doença, mas

pode englobar noções de felicidade, satisfação e gratificação em relação à saúde, afetividade, sociabilidade, profissão, cultura e economia.

Galinha & Ribeiro (2005) numa revisão de literatura sobre os movimentos sócio históricos, do conceito de bem-estar subjetivo, dizem observar consenso de uma dimensão cognitiva de satisfação com a vida e de uma dimensão afetiva, positiva ou negativa, ou de felicidade, através das emoções, constituindo-se estas como conceitos abrangentes, enquanto domínios de estudo do conceito de Qualidade de Vida produzidos pelas relações sociais e o conceito de afeto, considerando o bem-estar como uma dimensão positiva da saúde, podendo-se assim dizer que a saúde é um processo dinâmico.

O conceito de Qualidade de Vida no dizer de Martínez & García (1994), sob o ponto de vista psicológico, resultou da associação global das condições materiais, em que se desenvolve a existência dos indivíduos, com a existência pessoal de cada um, resultantes de viver em tais condições.

A WHO (1978) na Conferência de Alma-Ata salienta que a saúde não é uma finalidade em si mesmo, mas um recurso ao alcance de todas as pessoas para o desenvolvimento da comunidade, com a cooperação individual e com outros setores da comunidade, passando assim a ser entendida como um direito. Na opinião de Antunes (2008), neste documento emerge que a saúde está associada a fatores biológicos e psicossociais e defende a responsabilização e participação das pessoas, comunidades e governos.

A WHO (2012) no documento Health 2020 salienta que a saúde é um recurso societal importante. Identifica como áreas prioritárias: investir na saúde através do ciclo de vida; abordagem e capacitação das pessoas; enfrentar os principais desafios das doenças não-transmissíveis e transmissíveis; fortalecimento da saúde centrada nas pessoas; criação de comunidades resilientes e ambientes de suporte. Na Carta de Ottawa, a WHO (1986) assumiu que a saúde deveria envolver a capacidade de cada indivíduo ou grupo em realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como a de transformar o meio envolvente, tendo ainda considerado a saúde como um recurso para a vida e não um objetivo de viver. É um conceito positivo, que mobiliza recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas, sendo imprescindível ao desenvolvimento económico (Loureiro & Miranda,

2010). Neste ponto de vista o conceito de saúde depende, da participação ativa das pessoas no processo saúde-doença-cuidado (Germani & Aith, 2013).

O'Donnell (1986) e Ewles e Simnett (1999) referem, respetivamente, que a saúde abarca cinco e seis dimensões que devem coexistir em equilíbrio: emocional, social, mental, física e espiritual. A epidemiologia não ficou indiferente a este processo de transformação e mudança, podendo-se distinguir três grandes eras, cada uma delas com seu paradigma dominante (Susser & Susser, 1996). Mais tarde Awofeso (2004) considerou seis eras na evolução da saúde pública, sendo uma anterior às apresentadas por O'Donnell (1986) e Ewles e Simnett (1999), centrando-se na antiguidade e práticas ligadas aos costumes e crenças; Mais tarde surgiu uma outra com foco no controle das doenças infecciosas (meados do séc. XIX até meados do séc. XIX - 1880-1930) num paradigma da teoria dos germes numa abordagem positivista na demonstração da origem de doenças infecciosas; outra com foco na prevenção das doenças; no paradigma da medicina preventiva e doenças crónicas (2ª metade do século XX -1940-1960) no paradigma da Saúde pública com foco na prevenção e cura de doenças em "grupos de alto risco" e duas posteriores com foco na saúde: Cuidados de Saúde Primários (CSP) (1970-1980) com foco na Saúde para Todos, sendo os cuidados de saúde voltados para e pela comunidade; PrS (anos 90 até ao presente) com foco na advocacia para a saúde, capacitação dos indivíduos e comunidades para atingir uma saúde ótima.

Ao longo do tempo e acompanhando a evolução científica, social e do conceito de saúde, também a PrS tem sofrido constantes alterações.

O termo "Promoção da Saúde" teve a sua origem como significado, nos movimentos de Saúde Pública do século XIX surgidos na Europa e nos EUA, mas foi após a II Guerra Mundial, que este movimento se fortaleceu com a criação da WHO em 1948, com grande desenvolvimento até ao final da década de 70. Foi usado por Sigerist como uma das quatro tarefas primordiais da medicina: PrS, prevenção da doença, recuperação do doente e reabilitação (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003; Terris, 1992).

Nos anos 60 e 70 surgiram algumas iniciativas, incidindo sobre: diagnóstico comunitário, participação comunitária, empowerment, em que a EpS e a prevenção

das doenças são o impulso estratégico destas iniciativas (Loureiro & Miranda, 2010).

Em 1974, o Relatório Lalonde “A new perspective on the health of Canadians”, foi o primeiro documento oficial onde surgiu o termo PrS, que introduziu os conceitos de “campo da saúde” e de “determinantes da saúde” sendo que a saúde resulta da relação entre os mesmos (Laverack, 2008).

Em 1977, na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, surgiram as metas de “Saúde para Todos no Ano 2000”, da qual ressaltou a equidade em saúde, o que requer a igualdade de oportunidades de acesso aos serviços de saúde, sendo esta ideia reforçada no Health 2020 (WHO, 2012).

Na declaração de Alma-Ata, a WHO (1978) salienta entre outros aspetos, a estreita relação entre a PrS e proteção da saúde e o desenvolvimento económico e social, os quais contribuem para uma melhor qualidade de vida e paz mundial, e o direito e o dever das pessoas em participar de forma individual e coletiva na gestão da sua própria saúde. O conceito de PrS em enfermagem foi relevado no mesmo documento com ênfase na prática comunitária, incluindo a participação da comunidade sobre as políticas sociais e de saúde. A PrS é também relevante para análise pela sua pertinência para a enfermagem, pois estudos efetuados indicam que os enfermeiros adotaram uma abordagem individualista numa perspetiva de mudança de comportamento, o que não influenciou o desenvolvimento das práticas de PrS pelos mesmos (Casey, 2007; Irvine, 2007).

Com a Carta de Ottawa houve uma viragem, tendo emergido o moderno conceito de PrS⁴, sendo definida como “o processo de capacitação...” (WHO, 1986, p.1). Estimula assim a participação ativa e o exercício do poder da pessoa e da comunidade no controle das suas condições de saúde e qualidade de vida, agindo sobre os determinantes de saúde (Lopes, Saraiva, Fernandes, & Ximenes, 2010; Loureiro & Miranda, 2010; Figueiredo et al, 2014b) para a sua operacionalização.

⁴ Importa clarificar o conceito de promover (a saúde):

Promover - fazer avançar; dar impulso a, in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consult. 2016-09-07 11:55:13]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/promover>

Promover “é um tipo de assistir com as características específicas: ajudar alguém a começar ou progredir alguma coisa” (CIPE®, 2003, p.154)

A PrS é um processo, sendo um meio para um fim, é - fazer com e para as pessoas - não se impondo a elas Czeresnia & Freitas (2003). O âmago do sentido da PrS está no termo “capacitar”, que no original significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples e dar poder legal (WHO, 1986) para desenvolver no indivíduo e comunidade o poder de tomada de decisão em saúde, exercendo um maior controlo sobre a mesma. A sua ação dirige-se a reduzir as diferenças no estado atual da saúde, a assegurar a igualdade de oportunidades e a proporcionar os meios, que possibilitem, a toda a população desenvolver ao máximo a sua saúde potencial.

Na opinião de Osorio, Rosero, Ladino, Garcés, & Rodríguez (2010), a tomada de decisão é determinada pelo conhecimento e pela vontade e pelas condições de vida, sendo os primeiros fatores interiores às pessoas e o último corresponde ao ambiente externo.

Na Carta de Ottawa foram apresentados os pré-requisitos para a saúde: “paz, habitação, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (WHO, 1986, p.1). Foi também aceite que a saúde deixa de ser apenas da responsabilidade do setor da saúde, mas de todos os setores da comunidade, incluindo os governos e poder político local e ONG, pelo que os profissionais de saúde e os grupos sociais necessitam, em prol da saúde das comunidades elaborar em conjunto programas e estratégias adaptadas às suas necessidades (Lopes et al., 2010; Loureiro & Miranda, 2010; Morrondo, 2000; WHO, 1986).

O mesmo documento aponta três estratégias básicas: a capacitação - assegurando a igualdade de recursos e oportunidades, a fim de capacitar a população para a completa realização do seu potencial de saúde, através do processo de empowerment; a mediação - os profissionais de saúde e dos serviços sociais têm a responsabilidade de funcionar como “mediadores” entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade e a advocacia - unindo esforços, no sentido de tornar as condições políticas, sociais, económicas e ambientais como favoráveis à saúde, sendo que uma das principais estratégias encontradas para promover a saúde, é a EpS (Germani & Aith, 2013). Também Buss (2000) e Iglesias & Dalbello-Araujo (2011) salientam o envolvimento das pessoas na tomada de

decisões no seu processo de saúde, na luta por melhores condições de vida, conduzindo-nos ao conceito de autonomia, para que elas se tornam num interventor crítico.

Podemos considerar então o conceito de PrS complexo e multifacetado, o qual aponta, para os determinantes socioeconómicos envolvidos (Traverso-Yépez, 2007). A pluralidade de conceitos e os vários sentidos do termo patenteiam a dificuldade de definições e relações evidentes, por envolver redes simbólicas diversas e multifacetadas (Czeresnia & Freitas, 2003; Traverso-Yépez, 2007; Whitehead, 2005).

A Carta de Ottawa apresenta para a formulação de estratégias nos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional, apoiados por cinco domínios de ação prioritários: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; reforçar a ação comunitária para a saúde; desenvolver as competências pessoais/construção de parcerias e reorientar os serviços de saúde, que substituíram o foco na mudança de comportamentos a nível individual para o coletivo (Buss, 2000; Loureiro & Miranda, 2010; WHO, 1986).

Face ao designado pela Carta de Ottawa e o defendido pelos vários autores, com os quais corroboramos, os enfermeiros precisariam, de já ter adotado uma abordagem humanística numa perspetiva de ganhos em saúde, mas continuam a seguir uma abordagem individualista numa perspetiva de mudança de comportamento e prevenção da doença, como se constata no conteúdo seguinte.

Sobre a prevenção da doença e promoção da saúde

O movimento da medicina preventiva surgiu com Leavell & Clark (1978), que apresentam a tríade ecológica como o modelo de causalidade das doenças da HND, definida como todas as inter-relações entre os elementos, que influenciam o processo patológico no meio ambiente, passando pela resposta do hospedeiro ao estímulo, até às alterações que conduzem a um defeito, à invalidez, à recuperação ou à morte. A PrS aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como medidas destinadas a evitar a exposição a um fator de risco, antes que se desenvolva um mecanismo patológico.

Lefevre & Lefevre (2007) assinalam que desde esta clássica formulação, a PrS vem sendo entendida como um subconjunto da prevenção, ou, como o nível mais básico, abrangente e inespecífico de prevenção primária, envolvendo condutas individuais como alimentar-se bem, fazer exercícios, não fumar. Trata-se de uma abordagem da PrS centrada no indivíduo, mas constata-se, que os conceitos de Leavell & Clark (1978) são desadequados para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis. A prevenção, de acordo com estes autores e numa perspectiva epidemiológica, define-se como intervenções orientadas para evitar o aparecimento de doenças/problemas específicos, reduzindo a incidência e prevalência das mesmas. Com base neste modelo, as intervenções de prevenção e de EpS organizam-se através de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (Czeresnia & Freitas, 2003).

Com a segunda revolução epidemiológica (Terris, 1992) “o movimento de prevenção das doenças crônicas”, a PrS passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida e não apenas voltadas, unicamente, para indivíduos e famílias.

Os conceitos para a PrS podem ser reunidos em dois grandes grupos (Buss, 2000; 2003), sendo que no primeiro, a PrS consiste em atividades na mudança dos comportamentos individuais, com foco nos estilos de vida nas famílias, e no ambiente cultural da comunidade. Os programas ou atividades de PrS tendem a centralizar-se em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais, por exemplo, o hábito de fumar, a condução perigosa de veículos. No segundo grupo o que caracteriza a PrS é a constatação do papel dos determinantes de saúde, baseando-se na compreensão da saúde como um produto, de um conjunto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e cuidados de saúde adequados.

Entendendo a saúde como um bem comum e um direito no coletivo dos indivíduos, das famílias, grupos e comunidades (Carvalho, 2004a; WHO, 1986), as atividades de PrS precisam estar mais centradas nos grupos de indivíduos e no ambiente,

numa intervenção sociopolítica, que vai além do setor da saúde. A PrS é mais ampla que a prevenção, que visa aumentar, através de uma concepção positiva de saúde e de esforços intersetoriais, as capacidades dos indivíduos e dos grupos. A prevenção foca-se na doença e liga-se a uma ação antecipada e focada em medidas com o intuito de evitar o aparecimento de uma doença específica (Czeresnia & Freitas, 2003; Loureiro & Miranda, 2010).

No paradigma salutogénico de Antonovsky (1991, 1993; 1996) o autor pondera, que esta orientação deve acompanhar a orientação patogénica e não, necessariamente, substituí-la e que o termo “resistência” refere-se ao facto dos recursos aumentarem a capacidade da pessoa para agir, positivamente, com os fatores adversos. Estes funcionam no contínuo nas experiências de vida das pessoas e capacitam-nas para as tornarem coerentes, que por sua vez irão dar forma ao sentido de coerência: capacidade de compreensão para processar estímulos, através de informação estruturada; capacidade de gestão em que cada um se apercebe dos recursos ao seu dispor, são adequados para responder às exigências dos estímulos e capacidade de investimento em que cada um se apercebe, que a vida tem sentido e que alguns dos problemas merecem o investimento de energia (Loureiro & Miranda, 2010).

Considerando esta visão da perspectiva salutogénica e tendo em conta que a PrS é o processo de capacitação das pessoas para que elas possam intervir decisoramente e em liberdade no seu projeto de saúde e reportando-nos à enfermagem no paradigma da transformação (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994), que perspectiva os valores e experiências vividas por cada pessoa no seu ambiente como uma unidade uníssona, então a enfermagem reconhecerá nas pessoas as capacidades e habilidades para serem agentes e parceiros nos cuidados, que têm sido da única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde. A enfermagem procura manter o bem-estar tal como a pessoa o define e "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher, num processo co construído promotor de saúde e não se impondo a ela, o que requer tempo, pelas características pessoais das pessoas e dos contextos em que ocorrem, mas em que as pessoas serão coprodutoras de saúde a partir da consciência da situação.

Esta dimensão tempo é algo que os profissionais de saúde e em concreto os enfermeiros sentem dificuldades para trabalhar com as pessoas na gestão da sua saúde, não sendo reconhecido pelas organizações de saúde que o tempo “gasto” com as pessoas em situação de cuidados, pode ser traduzido em ganhos de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Segundo as autoras, os enfermeiros têm que avaliar as necessidades em cuidados de saúde, a literacia, têm que procurar adequar a linguagem, adaptar-se culturalmente, saber escutar, ter sensibilidade, entre outros, num tempo *record* de 10-15 minutos. A este propósito a OE (2014b, p. 15) na norma sobre o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, definiu 30 minutos para as consultas de enfermagem e 60 minutos para EpS em grupo, contudo, os enfermeiros e os estudantes gastam apenas entre 5-15 para avaliação e EpS.

Nesta continuidade sentimos necessidade de clarificar os conceitos de PrS e EpS.

A Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde

As diferenças e as relações entre os paradigmas da PrS e da EpS têm sido estudadas por vários autores (Casey, 2007; Iglesias & Dalbello-Araujo, 2011; Irvine, 2007; Pender, Murdaugh & Parsons, 2006; Piper, 2008; Runciman, Watson, McIntosh & Tolson, 2006; Rush, Kee & Rice, 2005; Whitehead, 2004; 2007; 2009; 2011b; Whitehead, Wang, Wang, Zhang, Sun & Xie, 2008), mas os enfermeiros continuam a confundir, o que constitui as práticas de PrS e EpS (Whitehead, 2005). As orientações oriundas da Carta de Ottawa vieram mostrar uma nova forma de olhar a saúde, com ênfase na PrS, com definição de políticas de saúde favorecedoras do bem-estar individual e coletivo, contudo, passadas três décadas ainda persistem dúvidas acerca dos princípios próprios ao conceito de PrS (Whitehead, 2004; 2009; 2011b).

Consideram Whitehead (2004) e Iglesias & Dalbello-Araujo (2011) que o problema, é os enfermeiros, terem a ideia de que o destinatário, tem falta de informação e está na necessidade de beneficiar dessa informação, e é pessoalmente responsável, por qualquer ação que eles possam ou não realizar (victim blaming). Dizem ainda, que muitos enfermeiros igualam a PrS à EpS e ainda à prevenção de doenças e a programas ministeriais. Embora a EpS tenha sido considerada como uma

ferramenta a ser utilizada na prevenção de doenças e como estratégia da PrS, o certo é que para alguns dos profissionais, PrS são apenas aquelas intervenções, que trabalham a educação das pessoas, transmitindo-lhes informação.

A PrS, por outro lado, é entendida como um processo muito mais amplo, que engloba a comunidade e saúde da população, saúde pública, CSP, política de saúde e equidade social, mas que pode conter elementos de EpS (Whitehead et al, 2008).

Na opinião de Freire (1987) na educação, a transmissão de informações não é mais que “educação bancária”, que deposita conteúdo nos educandos, não lhes permitindo desenvolver consciência crítica para uma participação transformadora no ambiente.

Um dos equívocos mais frequentes consiste em focalizar a PrS, essencialmente, sobre os estilos de vida, e um outro emerge dos contextos da prática, onde os enfermeiros mantêm as suas intervenções de EpS, considerando que, com elas estão a efetuar PrS, mas da conjugação entre a EpS e políticas de saúde saudáveis, a EpS é uma das componentes da PrS (Carvalho, 2007; Loureiro & Miranda, 2010). A EpS inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, económicas e ambientais com impacto sobre a saúde, bem como fatores de risco individual e comportamentos de risco (WHO, 1998).

Os programas de EpS só podem ser eficazes, se eles forem reforçados por um ambiente favorável dentro de um quadro de políticas públicas saudáveis (Whitehead, 2003). No dizer de Green & Simons-Morton (1988, p. 65) a EpS é “toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas para facilitar a adoção voluntária de comportamentos saudáveis”. Este é um conceito, com o qual corroboramos, que ao preconizar a combinação de experiências de aprendizagem, atende à unicidade da pessoa e às suas características, às quais o processo de ensino/aprendizagem tem de ser continuamente adaptado e atualizado, o que requer um diagnóstico da situação, de forma a planear as intervenções e adequar as estratégias de ensino e aprendizagem.

A PrS pode ser vista como um conceito amplo, que inclui atividades de EpS, enquanto um programa de PrS não pode fazer parte de um programa de EpS. De acordo com (Whitehead, 2003) as práticas de EpS e PrS são baseadas em

constructos universais relacionados com a saúde, e por isso os enfermeiros precisam esforçar-se por melhorar as práticas de EpS, mas abraçar, amplamente, as práticas de PrS.

A PrS reconhece, que os indivíduos nem sempre são responsáveis pelo seu próprio estado de saúde e que os determinantes de saúde, ecológicos, culturais, económicos e ambientais são conhecidos, para determinar o nível de saúde dos indivíduos e comunidades, e todos têm fundamentos políticos dentro de um processo de "engenharia ambiental" (Whitehead, 2004).

Para a intervenção em PrS e EpS, a evidência científica apresenta várias teorias e modelos, que em acordo com os paradigmas de enfermagem: categorização, integração e transformação, nos quais os enfermeiros se posicionam, assim optam por aqueles mais orientados para os paradigmas de aprendizagem: tradicional, interpretativo e emancipatório, dos quais falamos em seguida.

Teorias e modelos de intervenção da promoção da saúde e educação para a saúde

A comunicação em saúde é um instrumento essencial para a participação das pessoas cuidadas e dos seus cuidadores bem como da comunidade, na gestão da sua própria saúde. Os recursos comunicativos sobre a PrS necessitam ser centrados nas pessoas, tendo em conta as diversidades culturais e educacionais a fim de, implementar projetos de PrS e de EpS, pois requerem o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisões tanto individuais como coletivas.

Pensar nestas teorias e modelos, enquanto enfermeiros, permite situar-nos nos conceitos metaparadigmáticos em enfermagem, que também têm vindo a sofrer evolução ao longo dos tempos e os paradigmas da categorização (séc. XVIII – XIX), da integração (década de 50 – séc. XX) e da transformação (desde meados década de 70 do séc. XX) propostos por Kérourac et al. (1994) para a Enfermagem, as gerações de EpS natureza informativa, comportamental, crítica e participativa propostas por (Moreno, García & Campos, 2000) e os paradigmas de aprendizagem tradicional, interpretativo e emancipatório, referidos por (Loureiro & Miranda, 2010) que nos permite compreender o passado, o presente e o futuro da aprendizagem em PrS.

Nesta sequência foram-se desenvolvendo várias teorias e modelos, dos quais identificamos alguns, dos usualmente abordados na literatura: modelo biomédico (Tones & Tilford, 1994); teoria sócio psicológica - modelo de crenças em saúde (Rosenstock, 2008) com foco no indivíduo; teoria sócio cognitiva ou de aprendizagem social (Bandura, 1977) com foco no indivíduo e grupos; modelo de avaliação diagnóstica dos fatores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais - “modelo PRECEDE-PROCEEDE” (Green & Kreuter, 2005); modelo de empowerment (Tones & Tilford 1994); modelo dialógico ou teoria da conscientização (Freire, 1980) com foco nos grupos e comunidade e teoria salutogénica (Antonovsky, 1991; 1993; 1996) com foco nos indivíduos, grupos e comunidade, sendo que não há modelos universais, que dominem, ou que cubram a diversidade de experiências na prática da PrS, pelo que a escolha varia face a cada situação específica.

Para além destes modelos os enfermeiros precisam ter por referência, as orientações internacionais e nacionais para a intervenção em PrS.

Orientações internacionais e nacionais

Após a Carta de Ottawa várias conferências internacionais se lhe seguiram, e através delas são reforçados os princípios referidos, bem como outras áreas de intervenção, a que os vários países necessitam dar resposta nas suas políticas de saúde.

Considerando as estratégias da Carta de Ottawa como fundamentais, a WHO tem procurado reforçar a importância da PrS em outras conferências (Heidemann, 2006; Lopes et al., 2010; Loureiro & Miranda, 2010) e outros documentos internacionais: Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Rio (1992); Jakarta (1997); Estratégia da OMS (1998); México (2000); Nações Unidas (2000); Bangkok (2005); Nairobi (2009); Helsínquia (2013) com relevo na atualidade para a intervenção na PrS.

O direito à saúde e à PrS é consagrado na Constituição da República Portuguesa (2005) no ponto 1 do artº 64º da parte 1, “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”, efetivando os mesmos através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que dispõe de uma rede de instituições e de serviços

oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando na proteção da saúde individual e coletiva, seguindo as diretrizes do PNS.

Portugal iniciou o desenvolvimento de estratégias da PrS com o documento “Saúde um compromisso”. Atualmente, o PNS 2012-2016 (DGS, 2012a, p.26) assenta em valores idênticos aos da PrS, como sejam a “universalidade; acesso a cuidados de qualidade; equidade; solidariedade; justiça social; capacitação do cidadão; prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa; respeito; solicitude; decisão apoiada na evidência científica”.

Promover a participação e o “empowerment” das pessoas é um dos objetivos do PNS 2012-2016 (DGS, 2012a), realçando a compreensão, por parte dos decisores políticos, que as mudanças obtidas através do empowerment podem ser evidência suficiente de um programa bem-sucedido, o que requer uma mudança, quer na própria cultura do Sistema de Saúde, quer nas atitudes dos profissionais em relação à partilha do poder e ao reconhecimento daqueles que são cuidados (Bernardino, Silva & Figueiredo, 2013).

Com a filosofia do “empowerment” as escolhas sobre saúde e bem-estar da pessoa, são feitas pelo próprio cidadão. Este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas e aumentar o controlo que tem sobre a sua própria saúde, melhorando-a, o que pressupõe, um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre as pessoas e os profissionais de saúde (Bernardino et al, 2013).

O PNS 2012-2016 (DGS, 2012a) apresenta quatro aspetos fulcrais, para que os cidadãos tenham uma cultura de cidadania: promoção da literacia, capacitação, empowerment e participação, tendo como eixos a difusão da informação, o desenvolvimento de competências para que se tornem mais autónomos e responsáveis na sua saúde e como cuidadores. A informação necessita ser acompanhada pelo desenvolvimento de competências, para que as pessoas entendam a saúde como um recurso para a vida, e por isso participem, ativamente. O mesmo documento preconiza a responsabilidade em saúde do envolvimento coletivo do governo, dos setores da comunidade e cidadãos, considerando a saúde como um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e

responsabilidade pessoal, mas não releva a dimensão espiritual, que é tão valorizada pelas pessoas no seu processo saúde-doença. Ao não valorizar esta dimensão, o PNS, não perspetiva a pessoa como ser holístico, um dos princípios chave da PrS e se esta dimensão não é considerada a nível das políticas de saúde, também os enfermeiros não relevam o cuidado espiritual, pois este é uma forma de reconhecimento do cuidado das expressões da subjetividade do ser humano.

Os eixos estratégicos apresentados pelo PNS 2012-2016 (DGS, 2012^a, p.26) são: “Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis”, que estão em acordo com a PrS. Nos objetivos para o Sistema de Saúde, o mesmo documento preconiza: “Obter Ganhos em Saúde: Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida; Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença e Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global” (DGS, 2012a, p.28). Daqui deduz-se, que os enfermeiros têm que se integrar e responder a estes objetivos, através da PrS com a participação de outros setores da comunidade, no envolvimento do cidadão e da sociedade civil nas tomadas de decisão em saúde, ou seja, preconiza o desenvolvimento de cidadania através de ações como “a participação pública e política, o associativismo, o voluntariado e a filantropia” (DGS, 2012, p. 38).

O PNS 2012-2016 refere que os profissionais de saúde, as instituições e o cidadão têm deveres para a cidadania. “Os dos profissionais de saúde são: prestar cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão; avaliar o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade e cuidar holisticamente das pessoas, famílias e comunidades inseridos no seu meio. Os do cidadão são: melhorar os conhecimentos e a capacidade de exercer responsabilidades; assumir a responsabilidade pela PrS e por estilos de vida saudáveis e tomada de decisão; estabelecer alianças terapêuticas com os profissionais de saúde e promover o acesso aos cuidados” (DGS, 2012^a, p.40).

Para o exercício destes deveres de cidadania o PNS 2012-2016 (DGS, 2012a) exige que os currículos dos profissionais de saúde, nos quais se incluem os de enfermagem, assegurem que os mesmos desenvolvam competências promotoras da cidadania, a nível pré e pós-graduado.

Da revisão efetuada ao PNS para 2020, este tem como foco a saúde e o bem-estar, com os mesmos eixos estratégicos para “mais valor em saúde” e abordagem pelo ciclo de vida; foco na equidade; determinantes sociais; empowerment dos cidadãos mencionando a participação ativa da sociedade; avaliação do impacto de saúde e foco no sistema de saúde. Nas orientações para a implementação foca que a “Promoção e Proteção da Saúde visam criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social” (DGS,2015, p.20).

A Ordem dos Enfermeiros nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais preconiza na competência “B2. Contribui para a promoção da saúde” implica que mobilize “conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação” com base em políticas de saúde e sociais e recursos disponíveis no seu contexto. No âmbito da EpS, precisa dotar “os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projecto de saúde” (OE, 2011, p.15). Ainda segundo o mesmo autor, no critério de competência 37, refere que o enfermeiro precisa “atuar de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis” (OE, 2011, p.16). Nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, salienta que este “participa no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção para a capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (OE, 2010a, p10).

Para a obtenção de ganhos em saúde, o enfermeiro tem que ter um conhecimento profundo das políticas de saúde e das políticas sociais, isto é, das políticas do governo (González, & Wagenaar, 2003), autarquias e outros setores com influência na saúde, na distribuição de recursos, na potencialização de impactos positivos, na redução de impactos negativos, na resposta a outras prioridades políticas. Estas consubstanciam-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que criam condições ambientais, socioeconómicas e culturais favoráveis à saúde individual e coletiva e na tomada de decisão em saúde.

Face ao exposto, os enfermeiros necessitam de fazer uma abordagem holística e ter uma orientação salutogénica nos determinantes que influenciam positivamente a saúde e bem-estar. Carecem de perspetivar os fenómenos de saúde-doença e acreditar que a pessoa tem capacidades e responsabilidades na sua saúde.

De modo à compreensão dos determinantes de saúde que influenciam a orientação salutogénica, abordaremos os mesmos, seguidamente.

Determinantes de saúde

Os determinantes de saúde surgiram com o Relatório Lalonde (1974), que salienta que o modelo tradicional médico não conseguia interferir na melhoria das condições de saúde, tendo contribuído para este pensamento, a diminuição das doenças infetocontagiosas e o aumento das doenças crónicas. Estas passaram a ser decorrentes de vários fatores, incluindo os riscos associados aos comportamentos com foco na mudança de estilos de vida e ação individual e “culpabilização da vítima”, acabando por ser muito contestado, pela ausência da dimensão política, económica e social.

Os estilos de vida podem ser definidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (Despacho n.º 1916/2004, p. 1493). São baseados em padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, interações sociais e condições de vida socioeconómicas e ambientais que influenciam a saúde individual e a saúde coletiva (WHO, 1998). A inclusão dos fatores de risco comportamentais e biológicos aumentou a complexidade na compreensão da saúde e determinantes de saúde, concretizando-se deste modo a corrente behaviorista da PrS (Heidemann, 2006), cujo eixo estratégico é constituído por intervenções, que visam a mudança de comportamentos individuais não saudáveis (Carvalho, 2004a). Foi este modelo que esteve subentendido à estratégia “Saúde para Todos no ano 2000” da WHO e que se acolheu em Portugal a partir de 1979.

O Relatório Lalonde (1974) preconizava que as ações no âmbito da saúde deveriam ir no sentido de dar anos à vida e vida aos anos, garantindo a qualidade de vida das

peessoas, ao propor uma concepção global de saúde baseada na interação de fatores, capaz de explicar a multicausalidade dos processos de saúde e doença, resultando de um conjunto de determinantes da saúde na população em quatro grandes dimensões: a biologia humana; o ambiente; os estilos de vida e a organização dos sistemas de saúde (Carvalho, 2007).

No sentido de integrar as dimensões biológicas, socioeconómicas e políticas ao foco epidemiológico, começa-se a reconhecer um novo paradigma: a Eco epidemiologia (Susser & Susser, 1996), que dá ênfase à interdependência dos indivíduos face ao contexto biológico, físico, social, económico e histórico em que vivem. Sob esse paradigma, os fatores determinantes de saúde e doença da população ocorrem em todos os níveis, desde o microcelular até o macroambiental e não, unicamente, no nível individual, sendo que os determinantes da saúde são todos aqueles fatores, que exercem influência sobre a saúde das pessoas e que agindo e interagindo em diferentes níveis de organização, determinam o estado de saúde da população.

A saúde e o bem-estar das pessoas são influenciados por fatores, dentro e fora do campo de ação dos indivíduos, o que levou ao desenvolvimento de modelos, que procuram explicar a relação entre os determinantes da saúde e o estado de saúde da população e todos reconheceram de forma consistente a necessidade de adotar um foco ecológico e integral da saúde (Davies & Macdowall). Um dos modelos mais utilizados nos documentos políticos é o modelo “Política Arco-Íris”, (Figura 1) desenvolvido por Dahlgren & Whitehead (1991).

É constituído por fatores inalteráveis como os biológicos e genéticos e os relacionados com os sistemas orgânicos e os processos de maturação e envelhecimento, sobre os quais é possível intervir, positivamente, para promover e recuperar a saúde; e fatores, potencialmente, modificáveis, expressos numa série de camadas concêntricas de influência, que incluem o estilo de vida individual, redes sociais e comunitárias e condições gerais socioeconómicas, culturais e ambientais. A figura ilustra, uma vasta categoria de determinantes da saúde, desde os proximais ou microdeterminantes, associados a características do nível individual, até aos determinantes distais ou macrodeterminantes, associados a características de grupo e populações (Buss & Filho, 2007).

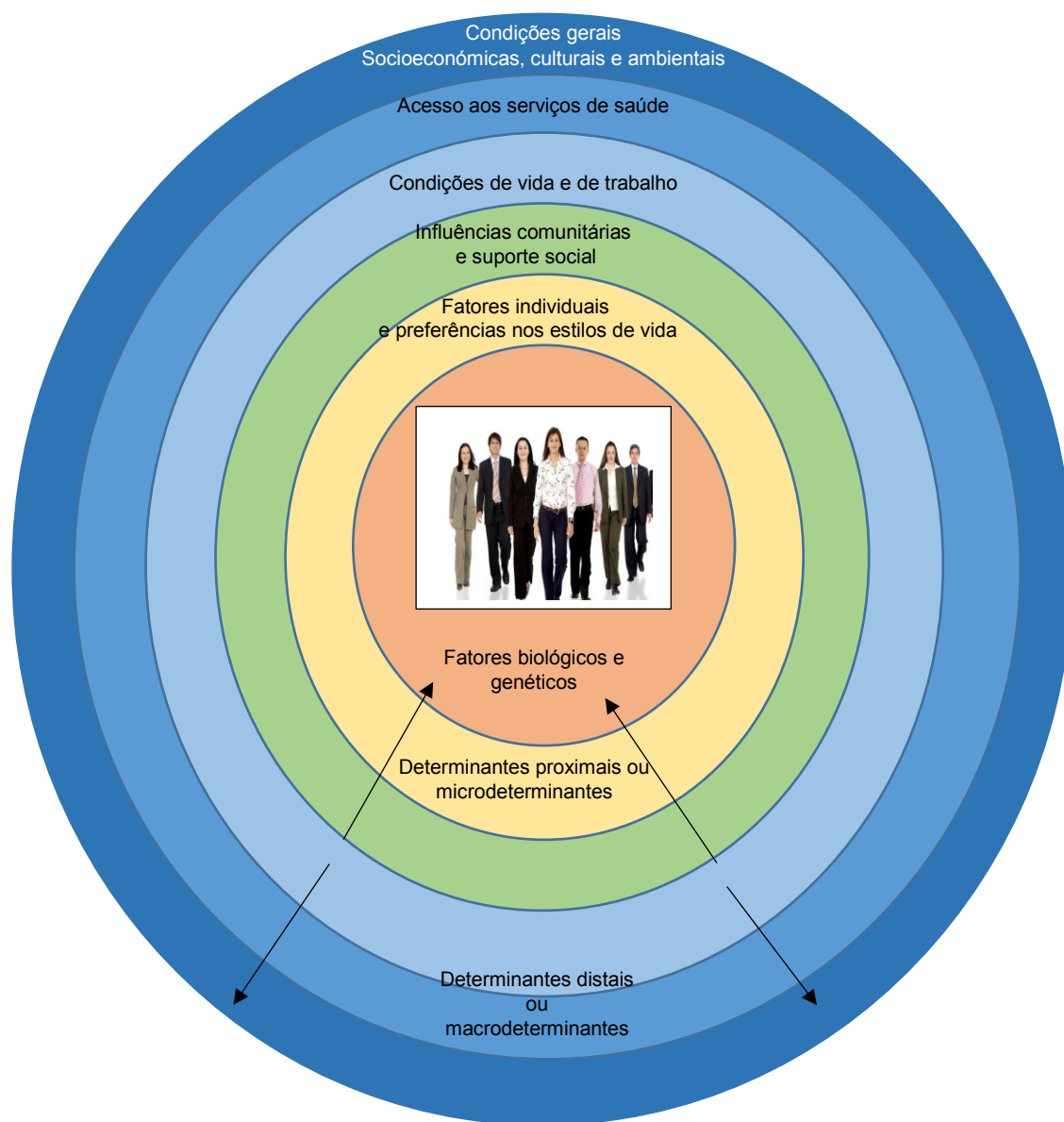


Figura 1 – Determinantes da saúde (Traduzido e adaptado de: Dahlgren & Whitehead, 1991)

Num estudo sobre a PrS: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior, Carvalho (2007) baseando-se nas declarações oriundas de cada uma das conferências sobre PrS, diz que os valores são: Social/Individual, Salutogénico /Patogénico, Holístico/Reducionístico, Equidade/Desigualdade, Autonomia/Dependência, Democrático / Autocrático. De acordo com Morrondo (2000), os valores fundamentais para a eficácia da PrS são equidade, participação e empowerment, que a WHO (1986), define como princípios chave a considerar nas iniciativas de PrS, acrescentando ainda holismo, intersectorialidade, sustentabilidade e combinação de estratégias na sua abordagem, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, legislação, advocacia, literacia e comunicação.

Nesta ótica e segundo Fleury-Teixeira, Vaz, Campos, Alvares, Aguiar & Oliveira (2008), a PrS visa a amplificação do domínio das pessoas e comunidades sobre os determinantes da sua saúde, sendo a autonomia a categoria norteadora da atuação em PrS.

Deste modo e em concordância com Santos (2010), a PrS visa três finalidades de literacia em saúde: competências de comunicação na população; conhecimentos que permitam aos cidadãos fazer escolhas informadas sobre a sua saúde e conhecimentos que permitam ao cidadão um papel mais ativo na criação de um ambiente mais salutogénico. No entanto, Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam, & McCaffery (2009) evidenciaram, através de um estudo, que diferentes níveis de habilitações influenciam o envolvimento das pessoas em processos de tomada de decisão na saúde. As que têm mais habilitações literárias mostram sentido de responsabilidade e credibilidade da informação; as que têm menos, mostram um estilo de decisão centrado no papel de consentimento/ não consentimento das recomendações médicas. Por outro lado, estes envolvem-se menos em atividades de prevenção de doença e de PrS e mostram menos consciência sobre a sua condição de saúde e sobre como gerir a mesma.

Acesso à educação e à informação são essenciais para alcançar a participação efetiva e o empowerment das pessoas e comunidades. A literacia em saúde é o “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter

uma boa saúde” (WHO, 1998, p.10). Literacia em saúde é assim uma componente chave da aprendizagem ao longo da vida, que permite às pessoas tomarem decisões fundamentadas por via do conhecimento. Está, diretamente, relacionada com o estatuto socioeconómico e nível educacional baixos (Ratzan & Parker, 2000).” De acordo com Kickbusch, Wait & Maag (2005), é a capacidade de tomar decisões de saúde adequadas no contexto de vida quotidiana.

O empowerment é o âmago filosófico e uma das estratégias para o alcance da PrS (Corbally, Scott, Matthews, Gabhann & Murphy, 2007; Hermansson & Martensson, 2010; McCarthy & Freeman, 2008; Robinson, et al., 2006). O empowerment tem sido definido de acordo com Wallerstein (2006, p.17), como "um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança de seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida”. É um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos.

O empowerment é um processo interativo e é entendido tanto um resultado como um processo das interações recíprocas, ligando autonomia com responsabilidade compartilhada, envolvendo distribuição de poder (McCarthy & Freeman, 2008; Robinson et al., 2006). De acordo com Carvalho (2004b), através do empowerment é possível capacitar/possibilitar/ tornar viável (*enable*), as pessoas para aprenderem através da vida. Para a enfermagem, o conceito de empowerment ganhou relevância e seguidores com a Carta de Ottawa (WHO, 1986) que enfatiza a participação dos cidadãos nos cuidados de enfermagem e delineia um quadro de referência para a PrS.

O empowerment tem sido estudado em várias disciplinas e campos profissionais, com várias definições, a partir de diferentes perspetivas como o individual e comunitário. De uma forma geral refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controlo (*mastery*) sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas para agir em direção aos seus projetos de vida e de saúde (Bernardino et al., 2013).

O empowerment é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo assim o eixo central da PrS, sendo assumido não como um fim, mas como um meio

(Irvine, 2007; Piper, 2008; Richard, Gendron, Beaudet, Boisvert, Sauve & Garceau-Brodeur, 2010; Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010), sendo as suas principais vantagens: as pessoas adquirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionam poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis.

No dizer de Carvalho (2004b) o empowerment facilita o diálogo transdisciplinar e integração de temas como a diferença, a subjetividade e a singularidade dos indivíduos e dos grupos. Estes são aspetos fundamentais quando os enfermeiros estão em interação com as pessoas no processo de cuidados em qualquer setting de intervenção.

Existem duas abordagens do empowerment: a psicológica e a comunitária. A primeira inclui estratégias com o objetivo de fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade. A segunda implica estratégias que promovam a participação, a eficácia política, maior justiça social e melhoria da qualidade de vida (Carvalho, 2004a; Freudenberg, 2000). Mais que passar informações e induzir determinados comportamentos, as pessoas necessitam ser apoiadas no processo de reflexão para a tomada de decisão e desenvolvimento de consciência crítica, no seu dia-a-dia (Figueiredo et al., 2014b; Kickbusch et al., 2005, McCarthy & Freeman, 2008), sendo fundamental a intervenção do enfermeiro neste processo, na difusão do conhecimento de perito e dar poder à pessoa, num poder partilhado para aquisição de capacidades, de usar a leitura como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver as próprias potencialidades e participar ativamente na sociedade, assumindo para si o papel de promotor de saúde (Bernardino et al., 2013).

O empowerment comunitário tem sido estudado por Laverack (2008), que o define como um processo interativo e contínuo (Figura 2) e como um resultado, dependendo do ambiente e de todos os sistemas em interação, sendo que este só acontece ultrapassada a barreira individual. A intervenção pode começar em qualquer fase do contínuo, certo é que só haverá comunidades empoderadas, se houver indivíduos e organizações empoderadas. O autor define nove domínios operacionais de empowerment comunitário para a prática de PrS: participação,

liderança, estruturas organizativas, apreciação de problemas, mobilização de recursos, questionamento, ligação aos outros, papel dos agentes externos e gestão do programa. Diz não serem absolutos, pois cada um pode ser independente dos outros e influenciar a eficácia dos programas e a capacidade empoderadora da prática numa comunidade (Bernardino et al., 2013).



Figura 2 – Empowerment comunitário como um contínuo

O empowerment significa ter autonomia, ser responsável, ser ouvido, ser detentor de autoridade. Significa ter poder pessoal: ser educado, sentir-se respeitado, ter voz. Na prática o empowerment de clientes, passa por reciprocidade entre enfermeiro e pessoa, explicação do papel, papel de capacitação (Corbally et al., 2007).

Quanto aos atributos a serem mobilizados no processo de cuidados, são: relação de confiança (Hermansson & Martensson, 2010); processo de consciencialização e negociação (Robinson et al., 2006; Williamson, 2007).

Gibson (1991) desenvolveu o modelo de empowerment para a enfermagem no qual foca a interação entre o enfermeiro e a pessoa, baseado em três dimensões: uma relaciona-se com atributos da pessoa; outra refere-se à interação pessoa-enfermeiro; e a terceira está relacionada com o domínio da enfermagem.

O conceito de empowerment tem vindo a ser amadurecido e desenvolvido, com o desenvolvimento socio-cultural de diferentes sociedades. Nos anos 90 é envolvido no direito da cidadania e na saúde para a educação da pessoa, tendo-se destacado o empowerment intra e interpessoal pela sua utilidade na capacitação da saúde

junto da família e comunidade escolar (Figueiredo et al., 2014b), mas com a evolução societal, tem vindo a demarcar-se do significado básico de capacitação. Trata-se de um conceito complexo que varia em função do contexto (Corbally et al.; 2007), mas necessita constituir-se numa meta de enfermagem. Releva-se a importância de uma relação terapêutica como um processo continuado de manutenção da saúde, como um estado de bem-estar, o que vai ao encontro da perspectiva de Neuman, na medida em que cada cliente é um sistema aberto, total e multidimensional em interação com o ambiente que o rodeia, no qual a saúde de cada um é um estado de bem-estar e a intervenção de enfermagem visa a interação cliente/ambiente adotando estratégias que se focam na redução dos possíveis stressores e em simultaneidade fortalecem as linhas de defesa do cliente/família/grupo/comunidade (Figueiredo et al, 2014b).

2-CONTRIBUTOS DO MODELO SISTÊMICO E DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDAR

O Metaparadigma em enfermagem é considerado o nível mais abstrato do conhecimento, que determina os níveis do conceito e estudo da disciplina num conjunto de quatro conceitos principais, que fundamentam a prática de enfermagem. A Enfermagem emerge da “forma particular como os enfermeiros abordam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente” (Kérouac et al., 1994, p.2). A OE (2001) assumiu estes conceitos metaparadigmáticos como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

O Modelo de Sistemas de Neuman (1995) baseia-se na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os stressores e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995). Baseou-se ainda em outras teorias: a Teoria de Gestalt - salienta a homeostase como o processo através do qual se mantém o equilíbrio, a saúde; as Teorias Filosóficas de Chardin - centra-se na espiritualidade e Bernard Marx - as partes dependem do todo, no contexto dos sistemas, a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy - tem na sua base os pressupostos da termodinâmica (avalia o fluxo de energia entre sistemas), a Teoria do Stress de Seyle - aborda o *stress* e a forma como a pessoa se adapta a ele e a Teoria de Crise de Caplan que defende que a crise é um momento de oportunidade e de crescimento, recorrendo aos níveis de prevenção (Pearson & Vaughan, 1992).

O modelo apresenta uma estrutura básica de energia, a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa, a linha de resistência, que funcionam como uma barreira aos fatores de *stress* (intra, inter ou extrapessoais) e a prevenção como intervenção de enfermagem. No sentido deste fortalecimento é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar,

tendo em conta as respostas do cliente ao *stress*. Pode ainda desenvolver atributos inerentes ao *empowerment*, num processo contínuo e numa relação de confiança (Hermansson & Martensson, 2010; McCarthy & Freeman, 2008; Virtanen, Leino-Kilpi, & Salanterä, 2007; Williamson, 2007) para que a pessoa possa manter ou atingir o seu bem-estar, dando-lhe a oportunidade de refletir sobre os seus próprios sentimentos e experiências e lidar melhor com a vida quotidiana, após o encontro com o enfermeiro no processo de cuidados (Virtanen et al., 2007).

Este modelo inclui a PrS ao nível da prevenção da HND de Leavell & Clark (1978), o que é criticado por vários autores como Lefevre & Lefevre (2007) e Czeresnia & Freitas (2003), mas pretende potenciar a linha flexível de defesa, preocupando-se com todas as variáveis que interagem com as pessoas no seu ambiente, direcionando-se para o bem-estar, o que se coaduna com o paradigma da PrS, embora não mobilize todos os seus princípios chave: conceção holística, intersectorialidade, empowerment, participação social, equidade, ações multi-estratégias e sustentabilidade (WHO, 1998). Contudo, vendo a pessoa como o núcleo do sistema e como um ser multidimensional e total com variáveis interrelacionadas e tendo uma conceção positiva de saúde, é possível enquadrá-los com recurso aos modelos socio ecológicos e mobilizá-los na prática.

O modelo de Pender (1996) e de Pender et al. (2006) é um modelo de PrS que se apoia em várias teorias e modelos de mudança comportamental e no modelo da motivação humana de Feather (1988), sendo a motivação a chave para a intencionalidade, que é decisiva na análise dos comportamentos voluntários dirigidos às metas planeadas. Baseia-se também na teoria de aprendizagem social de Bandura (1977), que postula a importância dos processos cognitivos e percetivos na modificação da conduta, (atenção, retenção, reprodução e motivação), sendo esta uma função das atitudes pessoais e das normas sociais e assenta na conceção de PrS, definida como atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). No entanto, Whitehead (2005;2009) diz que o uso do termo de PrS utilizado pela autora, hoje em dia, é tanto incorreto como redundante, por se focar em conceitos de prevenção, doença, comportamento, estilo de vida e por ter uma orientação para o paradigma de EpS em vez de abordar conceitos mais amplos do

paradigma da PrS. A aquisição, a manutenção ou a mudança das condutas de saúde estão condicionadas por fatores cognitivo-perceptivos inerentes à pessoa.

O conceito de autoeficácia percebida é dos mais importantes no modelo, porque representa o compromisso da pessoa para organizar e executar um comportamento, sendo necessário estabelecer um plano de ação. O modelo centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afetos (sentimentos, emoções e crenças) que levam a pessoa a participar para o resultado comportamental. Pender et al. (2006) preconizam que as pessoas atinjam o potencial de saúde e tenham uma vida saudável, através da educação, em que os benefícios podem potencializar e trazer mudanças positivas nas dimensões biopsicossocial, espiritual, ambiental e cultural, pelo que capacitar permite várias opções para melhorar a saúde.

Embora estas autoras vejam a saúde como a melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, as intervenções de enfermagem vão no sentido da mudança de comportamentos, numa conceção mais negativa da saúde e orientadas por um paradigma mais comportamental e tradicional de EpS.

A mobilização dos dois modelos vai-nos permitir compreender, tendo em conta os conceitos metaparadigmáticos, em qual dos referenciais teóricos se situam os conhecimentos dos professores e os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS, que orientam a prática de enfermagem neste âmbito.

3-CURRÍCULO DE ENFERMAGEM PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE COMO PROMOTOR DE SAÚDE

Organizações profissionais como o Royal College of Nursing (RCN) do Reino Unido identificam a enfermagem como a profissão da saúde com maior potencial para o envolvimento com as pessoas, para liderar, implementar e efetivar um programa concertado e inovador de reforma de PrS em todos os serviços de saúde e como agentes no controle social e bem-estar.

Rafael (1999) é, particularmente, crítico afirmando que os enfermeiros estão a ser excluídos do trabalho de PrS por outros profissionais de saúde, sendo desvalorizados como "um serviço auxiliar do médico "e são "invisíveis" no campo da PrS.

Muitos dos enfermeiros que trabalham na área hospitalar, apesar de referirem, que a PrS faz parte integrante das suas funções, o que eles chamam de PrS é a tradicional prática de EpS preventiva, para reduzir ou reagir ao risco de um indivíduo à doença (Whitehead, 2003; Whitehead et al, 2008), tendo como alvo os clientes individuais em termos de mudança de comportamento e modificação de estilo de vida.

A formação dos estudantes de enfermagem precisa focar-se não apenas nos conhecimentos e nas aptidões, mas também nas atitudes relacionadas com o empowerment contribuindo para o aumento da auto-estima e da capacidade de tomadas de decisão das pessoas (Morrondo, 2000), no sentido não só de promover a saúde, mas melhorar a qualidade de vida, ou seja, é preciso capacitar os estudantes para que eles sejam promotores de saúde no século XXI e responder às exigências deste mesmo século (McMurray, 2007). Isto sugere, que os professores abandonem o paradigma da abordagem tradicional de EpS, centrada na transmissão de conhecimentos e prevenção de doenças, para um paradigma de abordagem construtivista de “empowerment das pessoas” (Poskiparta, Liimatainen, Kettunen & Karhila, 2001; Whitehead, 2009, Figueiredo & Amendoeira, 2014b), pois

os estudantes procuram desenvolver EpS com base no modo como têm sido ensinados, ou como observam na prática clínica (Whitehead et al., 2008).

A formação ao nível de 1º e 2º ciclos necessita de metodologias que habilitem os cidadãos para o acesso aos cuidados de saúde e a outros recursos da comunidade, à literacia em saúde e para uma realidade em constante mutação.

Para que seja desenvolvido o empowerment, a negociação e a autonomia, o enfermeiro como promotor de saúde precisa de ter pensamento crítico e tornar possível o encontro da reflexão com a ação, partindo do questionamento sobre a realidade (Alvim & Ferreira, 2007; Loureiro & Miranda, 2010) e no dizer destas últimas autoras fazer parte da comunidade e ajudar a transformá-la.

Bastable (1997) diz que o enfermeiro como educador necessita:

- Facilitar a mudança-Quando a aprendizagem é entendida como intervenção deve ser considerada nos outros contextos de intervenções de enfermagem que efetivarão mudança. Comungam desta opinião Araújo, (2004) e Loureiro & Miranda (2010).
- Fomentar a negociação-contratos formais ou informais podem promover objetivos de aprendizagem, envolver objetivos mútuos a serem cumpridos, elaboração de um plano de ação negociado, avaliação do plano e estabelecimento de alternativas.
- Ser organizador-organização dos materiais e espaço, dos conteúdos indo dos mais simples para os mais complexos e determinar prioridades tendo em conta o grupo alvo.
- Avaliador - autoavaliação e avaliação de processo e de resultados pela mobilização de conhecimentos.

Na perspetiva de Green & Kreuter (2005) o educador para a saúde é um especialista de uma equipa de saúde, que diagnostica problemas e ajuda a resolvê-los mediante o uso de métodos educacionais, sólidos, selecionados, para certas necessidades educacionais.

Ao educador cabe a responsabilidade de proporcionar a cada indivíduo, grupo ou comunidade, o acesso a fontes de informação e orientar nas possíveis escolhas, a relacionar práticas de saúde desejáveis aos motivos, metas, aspirações e valores do grupo a quem se dirige (Araújo, 2004; Green & Kreuter, 2005).

Os educadores necessitam ter conhecimentos e competências, para ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias e a terem objetivos definidos (Green & Kreuter, 2005), precisam ter os meios para ajudar a comunidade a avaliar alternativas possíveis (Araújo, 2004; Green & Kreuter, 2005).

Numa RSL efetuada por Kempainen et al. (2012) sobre o tipo de conhecimentos e competências profissionais que os enfermeiros devem possuir para a PrS, e que fatores contribuem para a capacidade dos mesmos para a PrS, salientam, que estes desenvolvem vários tipos de competências na PrS, que podem ser classificados da seguinte forma:

- Promotores gerais de saúde – são aqueles que dão informação; são tradicionais educadores. A intervenção mais comum de PrS e utilizada pelos enfermeiros é a EpS (Runciman et al., 2006; Whitehead, 2007; 2011b; Whitehead et al., 2008; Witt & Almeida, 2008). É esperado que tenham conhecimentos das ações efetivas ao nível das políticas nacionais e sociais e tenham a capacidade de aplicá-las na sua prática de enfermagem (Whitehead, 2009; Witt & Almeida, 2008).
- Promotores de saúde com foco na pessoa - Há um reconhecimento crescente de que idosos ou famílias com doenças crónicas, têm diferentes necessidades de PrS. Ao promover a saúde destes grupos, os enfermeiros podem ser considerados como promotores de saúde centrados na pessoa (Cross, 2005; Goodman, Davies, Dinan, See & Iliffe, 2011; Jerden, Hillervik, Hansson, Flacking & Weinehall, 2006; Kelley & Abraham, 2007).
- Gestores de projetos de PrS - Os enfermeiros necessitam de capacidades para planear, implementar e avaliar as intervenções de PrS e projetos (Fagerstrom, 2009; Runciman et al., 2006; Witt & Almeida, 2008). Os gestores de projetos de PrS necessitam ter habilidades clínicas avançadas e assumir a responsabilidade na supervisão e serem líderes de pesquisa e desenvolvimento de ações de enfermagem, bem como ter a capacidade de coordenar a educação e desenvolvimento das intervenções em unidades de cuidados de saúde e comunidades (Fagerstrom, 2009; Witt & Almeida, 2008). A este propósito dizem Martínez, Carreras & Haro (2000) que os educadores para a saúde precisam

recorrer às estratégias pedagógicas mais adequadas para a PrS tendo em conta os princípios básicos de uma intervenção socioeducativa democrática.

O conhecimento dos enfermeiros sobre PrS e as suas habilidades práticas foram descritos por vários pesquisadores (Burke & Fair, 2003; Casey, 2007; Cross, 2005; Goodman et al., 2011; Irvine, 2007; Jerden et al., 2006; Kelley & Abraham, 2007; Kemppainen et al., 2012; Piper, 2008; Wilhelmsson & Lindberg, 2009; Witt & Almeida, 2008; Whitehead, 2003). Estes estudos sugerem que os enfermeiros desenvolvem uma variedade de competências, sendo que Kemppainen et al. (2012) agregaram-nas e classificaram-nas:

- Conhecimento multidisciplinar – Atividades de PrS dos enfermeiros são muito baseadas num amplo conhecimento sobre: saúde nos vários grupos etários; epidemiologia e processos de doenças e teorias de PrS (Burke & Fair, 2003; Casey, 2007; Witt & Almeida, 2008; Whitehead, 2009). Necessitam ter conhecimentos dos fatores económicos, sociais, culturais e políticos de saúde e da sua influência no estilo de vida e comportamentos de saúde (Burke & Fair, 2003).
- Aptidões - Enfermeiros precisam de uma variedade de competências da PrS, sendo as de comunicação as mais importantes (Alvim & Ferreira, 2007; Burke & Fair, 2003; Casey, 2007; Irvine, 2007; Jerden et al., 2006; Kemppainen, et al., 2012; Loureiro & Miranda, 2010). Os enfermeiros desempenham um importante papel, quando incentivam as pessoas e seus familiares, para participar na tomada de decisões relacionadas com o tratamento ou a discutir e expressar os seus sentimentos sobre a doença. Inclui também as capacidades e habilidades para responder às atitudes e crenças das pessoas (Burke & Fair, 2003). Abrange, igualmente, as competências relacionadas com o trabalho em equipa, gestão do tempo, recolha de informação e interpretação e a capacidade de pesquisar para obter informações a partir de diferentes fontes de dados (Alvim & Ferreira, 2007; Green & Kreuter, 2005; Jerden et al., 2006; Loureiro & Miranda, 2010).
- Atitudes e características pessoais – A prática de PrS exige dos enfermeiros uma postura pró-ativa e agir com advocacia. Uma relação igualitária para as pessoas e suas famílias, bem como o desejo de promover a sua saúde e bem-

estar, são atitudes importantes nas atividades de PrS (Irvine, 2007; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Os enfermeiros são tidos como modelos, na prática de atividades saudáveis (Burke & Fair, 2003; Rush et al., 2005). Além disso, espera-se que sejam acessíveis e possuam confiança, flexibilidade e respeito e serem sensíveis às necessidades das pessoas (Alvim & Ferreira, 2007; Bastable, 1997; Burke & Fair, 2003; Rush et al., 2005).

Assim a formação em enfermagem no desenvolvimento de competências do estudante para intervir na PrS tem que se situar nos paradigmas da transformação e ecológico e no paradigma emancipatório da aprendizagem da PrS.

3.1 CURRÍCULO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NUMA ABORDAGEM BIOECOLÓGICA

A PrS como área de ensino surgiu na Europa no século XX, mais, concretamente, na década de 50, sendo que em Portugal surgiu na década de 80 e atualmente, encontra-se em currículos de várias Universidades (Minho, Aveiro, Trás-os-Montes e Nova- Escola Nacional de Saúde Pública) e conta com diferentes áreas de conhecimento: “determinantes de saúde, pedagogia da saúde, metodologias de intervenção em diferentes settings, planeamento estratégico e avaliação da efetividade das práticas preventivas e de promoção da saúde e investigação” (Loureiro & Miranda, 2010, p.54). Ainda segundo estas autoras, os profissionais constroem o seu processo de formação, através de reflexão individual e coletiva, com partilha de saberes e sempre que possível enquadrados em projetos interinstitucionais, quer nacionais, quer internacionais.

No sentido da aquisição de competências para a PrS pelos estudantes de enfermagem, torna-se necessário, que os conteúdos estejam integrados no currículo, para que os mesmos sejam capazes de os transferir e mobilizar em situação de cuidados com as pessoas, analisando, interpretando, refletindo, pensando e agindo (Figueiredo et al, 2014a). Só assim se tornarão mais competentes nos diferentes domínios do saber ao nível social e pessoal (Roldão, 2003).

A meta a atingir em qualquer formação mais geral ou específica deve ir no sentido de ajudar os estudantes, não só a analisar e a compreender os assuntos, como a transformá-los, aplicá-los, desenvolvê-los e desenvolver-se (Tavares, 1996). O mesmo autor acrescenta que entre as “componentes indispensáveis de toda e qualquer aprendizagem está a envolvente ecológica nos seus diferentes níveis sistémicos” (Tavares, 1996, p.45). É nesta lógica que mobilizamos o Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner & Morris (MBDHBM) (2006) (Figura 3) e fazemos o cruzamento com a conceção, desenvolvimento e avaliação curricular na compreensão de como os estudantes fazem a sua aprendizagem e como constroem as suas competências em PrS para a capacitação das pessoas.

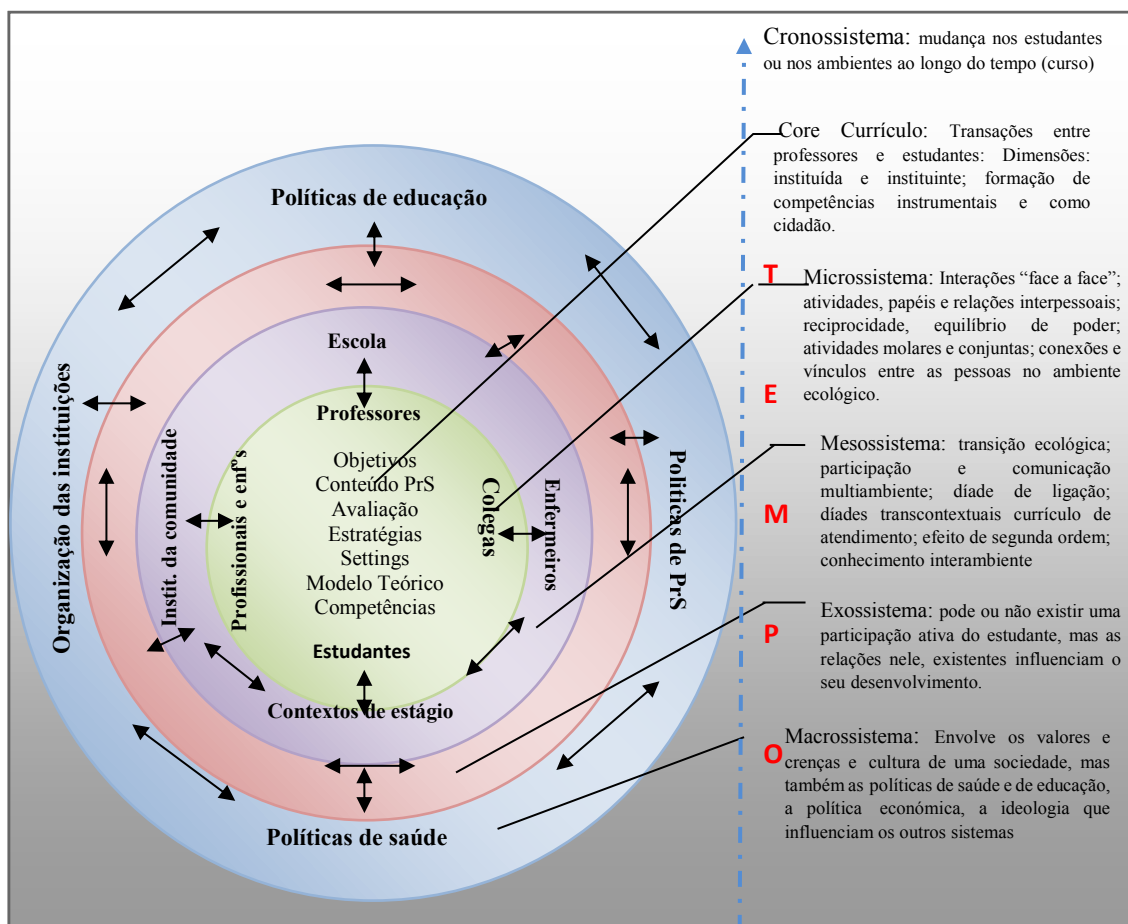


Figura 3- Cruzamento entre o currículo e o modelo bioecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner & Morris (2006)

Neste modelo os autores salientam os processos e os elementos multidirecionais inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo (modelo PPCT), que se constituem como promotores de desenvolvimento humano quando conjugados entre si, para que os estudantes possam desenvolver as suas competências em PrS, os currícula precisam contemplar estes elementos e em contextos diversificados, ao longo da formação básica e da formação especializada. Os autores referem que as interações entre as pessoas não são apenas uma função do ambiente, mas uma função do processo e da relação do ambiente e das características das pessoas em desenvolvimento e em interação com o tempo. Integram também no modelo, o cronossistema que se refere a mudanças temporais no ambiente ou períodos críticos no desenvolvimento, que produzem novas condições, que influenciam mudanças no estudante ou deste sobre o ambiente, mudanças estas que se irão constituir no desenvolvimento das suas competências em PrS.

No centro do (MBDHBM) fica o Core Currículo. Entende-se o currículo como um “instrumento de estruturação e organização do processo educativo, que o orienta (propostas do conteúdo disciplinar, organização curricular com os conteúdos, carga horária, disciplinas básicas, optativas e obrigatórias e no qual se define a conceção filosófica do curso, as metodologias e a parte relativa à pesquisa.” Nóbrega-Therrien, Guerreiro, Moreira & Almeida (2010, p. 682).

Para a WHO (2000) o currículo para a formação de enfermeiros necessita ter os componentes da teoria e da prática e incluir os objetivos, conteúdos, experiências de ensino/aprendizagem e estratégias de avaliação. Referem Gaspar & Roldão (2007), que há um plano de aprendizagem, que visa os modos do processo ensino/aprendizagem e os seus resultados, numa perspetiva sistémica englobando os objetivos, os conteúdos, os processos, meios e o contexto.

Para Tavares (2003) o currículo, como instrumento de formação tem duas dimensões: a instituída com disciplinas, conteúdos, horas, créditos, estratégias e métodos de ensino e aprendizagem, avaliação e outros. A dimensão instituinte consiste na operacionalização da instituída, com introdução de atividades mais livres em função da formação dos estudantes e das exigências atuais da comunidade, para as quais necessitam ser devidamente preparados, a fim de serem

desenvolvidas as competências básicas e específicas, que se pretende, que os estudantes adquiram no final do curso, preparando-os para a vida profissional, mas também de formação contínua e de desenvolvimento profissional para um desempenho competente e contextualizado da profissão.

No âmbito da disciplina de enfermagem enquanto área do saber, enquadrámos a formação dos estudantes em PrS no modelo sistémico de Neuman (1995) que vê a pessoa (estudante) numa perspectiva holística e como sistema aberto que interage com diferentes variáveis nos diferentes contextos de aprendizagem, e por isso o currículo precisa constituir-se como um projeto flexível, permitindo que o professor o adeque aos estudantes numa interação recíproca, no sentido de encontrar indicadores de crescimento e de aprendizagem num paradigma de cuidar educativo, numa interação professor/estudante (Bevis,2005f), que vai permitir o empowerment do estudante, em que este assume a responsabilidade da sua formação. Se enquadrarmos a formação dos estudantes em PrS no modelo de Pender (1996) vemos a pessoa (estudante) numa perspectiva comportamentalista que deve responder aos objetivos propostos, numa interação professor/conteúdo e por isso o currículo constitui-se como um plano, com conteúdo a cumprir, em que o professor serve de mediador, para que o estudante aprenda (Bevis,2005f). Estes mesmos pressupostos estarão presentes nas situações de cuidar em que ele será promotor de saúde num paradigma emancipatório ou um educador de saúde tradicional, em que predomina o modelo informativo.

O currículo segundo (Bevis; 2005b, p.80) “são as interações e transações que ocorrem nos estudantes entre si e entre os estudantes e os professores com a intenção de ocorrer aprendizagem”

O currículo organizado segundo uma lógica disciplinar envolve, de acordo com Alonso (2002, p.3), limitações, em que se inclui a “descontextualização da aprendizagem”, (...) não suscitando nos estudantes o questionamento e a procura, a iniciativa e a resolução de problemas, as atitudes críticas e de responsabilidade (...)” dificuldade em “estabelecer e compreender a ligação entre as disciplinas”, “a inflexibilidade organizativa” dificulta a criação de espaços de integração (projetos, visitas de estudo, seminários etc.).

Segundo Roldão (2003, p.28) o currículo deve estar orientado para as competências do “saber, saber fazer e saber agir em situação”, no âmbito da PrS pelos estudantes, na capacitação de cidadãos para a consciência crítica e capacidades em saúde, envolvendo-os no processo de cuidados, na tomada de decisão em saúde e melhor qualidade de vida e bem-estar (para quê).

Competência é um conceito sistémico, uma organização de conhecimentos adquiridos que quando perante uma situação, o estudante é capaz de mobilizar, adequadamente, selecionar e integrar, perante essa situação (Roldão, 2003), envolvendo um conjunto de interações e não pode ser separada “nem da motivação, nem da intencionalidade do sujeito, pois está sempre ligada à situação significativa que o sujeito constrói” (Pires, 2002, p. 255). Por conseguinte os conhecimentos em PrS devem ser sólidos, integrados e serem transferíveis.

Um aspeto importante do currículo é que, este dá contributos não só a nível instrumental do futuro profissional, que é o estudante, mas também propicia a sua formação enquanto cidadão, ao possibilitar as capacidades e habilidades para os múltiplos papéis que terão de desenvolver na comunidade. Por conseguinte a formação vai para além dos conhecimentos e aquisição de competências, para poder intervir pela prática reflexiva no plano profissional, social, pessoal e cultural (Tavares, 2003).

No sentido da construção de um projeto curricular desta natureza, Alonso (2002) propõe um paradigma curricular integrador, destacando a aprendizagem significativa e reflexiva e a cidadania como dois dos seus constructos centrais. Este paradigma recebe contributos das abordagens construtivistas, ecológicas e sociocríticas e permite ultrapassar as conceções academicistas e tecnológicas tradicionais.

O paradigma sociocrítico, segundo a autora, concebe o currículo como uma construção social e cultural, em que as relações de poder, classe social e justiça se introduzam no núcleo central do debate curricular. São assim fundamentais os conceitos de “comunidade crítica, moralidade, justiça, autonomia e colaboração” (Alonso, 2002, p. 4), o que se coaduna com o proposto para a prática da PrS.

Situando-nos em Bronfenbrenner & Morris (2006), o contexto no modelo bioecológico é concebido como um conjunto de sistemas concêntricos em quatro

níveis sucessivos que compreendem o microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.

O microssistema é o contexto mais próximo do estudante, em que contacta com um determinado currículo, mas em que ele próprio é um ator envolvido.

Em todo o processo de desenvolvimento curricular assume-se a centralidade no estudante, e por isso este tem que investir para aprender, mas é aos professores que cabe estruturar a sua prática, com diferentes formas de abordar a matéria, para que ocorra aprendizagem e que dê a todos a oportunidade e as condições para aprender (Roldão, 2003; Gaspar & Roldão, 2007). Deste modo o currículo transpõe-se do domínio conceptual para o da aplicabilidade, sustentando o desenvolvimento curricular, que se realiza por fases: conceção, implementação e a avaliação (Gaspar & Roldão, 2007).

Neste sentido o estudante interage com o currículo através dos seus professores e estas transações entre professores e estudantes são feitas “face a face” (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p. 47) e têm um papel fundamental no desenvolvimento dos mesmos, pelos elementos construtores: atividades, papéis e relações interpessoais.

O desenvolvimento está, diretamente, relacionado com o envolvimento do estudante em atividades conjuntas sendo estas controladas pelo professor, num “equilíbrio de poder” (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p. 47), cuja aprendizagem contribui para o desenvolvimento cognitivo e social, pelas habilidades interativas e pela evolução do conceito de interdependência - estudos de caso, aprendizagem baseada em problemas, prática reflexiva, entre outros. Dizem Forbes & Hickey (2009) que os estudantes precisam ser ensinados com o conteúdo apropriado (conhecimento) e demonstrar habilidades em laboratório. “Casos clínicos podem ajudar os estudantes a fazer conexões entre a teoria e a prática clínica e revitalizar a turma. Outras estratégias, como pequenos grupos de projeto, jogos, escrever um diário e reflexão têm demonstrado o aumento da participação dos estudantes e facilitam a aprendizagem” (Forbes & Hickey, 2009, p. 11). Outras estratégias referidas por Murray (2005, p.236) “fichas de interações professor-estudante em situações de jogos de papéis/dramatizações uns com os outros, discussão e debate

à volta dos critérios, revisões periódicas da literatura e enquadramento dos projectos de pesquisa “.

O mesossistema é onde o desenvolvimento curricular não fica apenas no espaço escola, mas desenrola-se nos contextos da prática de cuidados.

A passagem da escola para os contextos de estágio é designada de “transição ecológica” (Bronfenbrenner, 2002, p.161) e é mais efetiva e saudável na medida em que, o estudante se sente apoiado e tem a participação de relações significativas neste processo.

O mesossistema representa as interações e a natureza dos vínculos entre dois ou mais contextos, aquilo a que Bronfenbrenner (2002, p.161) chama de “participação multiambiente” e em que os enfermeiros funcionam como “díade de ligação” (Bronfenbrenner, 2002, p.162), entre a escola e os estudantes e entre esta e os settings que facilitam a ação em benefício da pessoa em desenvolvimento (estudante), através da “comunicação interambiente” (Bronfenbrenner, 2002, p.162), com essas instituições, explicando os fundamentos do estágio e acompanhando, orientando e regulando a aprendizagem dos estudantes no processo de cuidados em PrS.

Estas díades transcontextuais ao longo da vida do estudante favorecem não só a capacidade, como a motivação do mesmo para aprender e para se desenvolver. É o que o autor designa por “currículo de atendimento”, (Bronfenbrenner, 2002, p.43), não para aprender sobre atendimento, mas para imbuir-se nele, cuidando das pessoas com forte supervisão de pessoas com experiência nos cuidados, que se constitui como condição para as aprendizagens clínicas, no caso do 1º ciclo, pois a supervisão no 2º ciclo precisa ser colaborativa e horizontal, entre pares Alarcão & Roldão (2010).

Avaliação – É uma das fases do desenvolvimento curricular centrando-se na avaliação de processo e na avaliação de resultados e constitui o mecanismo de regulação de todo o trabalho desenvolvido (Roldão, 2003; Gaspar & Roldão, 2007). Situa-se ao nível: “Da regulação e verificação da aprendizagem conseguida pelos estudantes no processo de desenvolvimento curricular face aos objetivos de aprendizagem; “Da regulação do próprio processo de desenvolvimento curricular, da sua pertinência, coerência e adequação – avaliação curricular” (Gaspar & Roldão,

2007, p.92). Segundo as autoras, o primeiro engloba a função diagnóstica ou analítica (situada ao nível micro), a função reguladora e a função certificativa são dimensões de um mesmo processo avaliativo, e por isso devem ser articuladas entre si. O segundo é transversal na avaliação de todo o processo desenvolvido, no sentido da sua regulação e reorientação, mobilizando a função formativa (mecanismos que acompanham o processo) e a função sumativa “mecanismo mais importante na melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem dos estudantes, pela auto-reflexão e análise crítica que proporciona aos atores responsáveis pelo processo” (Gaspar & Roldão, 2007, p.98).

Exossistema – considera os ambientes onde, embora possa existir ou não uma participação ativa do estudante, mas cujas relações que neles existem afetam o desenvolvimento do mesmo. Depreende-se que a natureza organizacional, a comunicação organizacional e a organização dos cuidados, influenciam o desenvolvimento do estudante, no âmbito da sua formação em PrS.

Macrossistema – Envolve os valores e crenças, que fazem parte da cultura de uma sociedade, mas também as políticas de saúde e de PrS, as políticas de formação, a política económica, a ideologia que influenciam os outros sistemas, e que contribuem, na forma como o currículo está organizado na resposta à formação dos estudantes, para o cuidar no âmbito da PrS com a pessoa, família, grupo, comunidade. Influenciam a organização curricular, o desenvolvimento do estudante enquanto futuro profissional e enquanto cidadão para os múltiplos papéis que terá de desenvolver na comunidade.

Cronossistema – Refere-se a mudanças temporais no ambiente, com influência no desenvolvimento dos estudantes enquanto cidadãos e enquanto profissionais e nas mudanças que estes vão exercendo nos próprios contextos e nos profissionais com quem se relacionam.

A relação e articulação entre todos estes sistemas e o modo como o currículo proporciona o desenvolvimento dos estudantes nos diferentes contextos tem de ir no sentido que este possa desenvolver as suas competências em PrS e se torne um cidadão e um profissional competente para a construção de capacitação em PrS, quando em interação no processo de cuidados.

3.2- AS TRANSIÇÕES NO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM COMO APRENDENTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Meleis (2010) desenvolveu uma teoria de médio alcance que descreve os processos de transição. Todas as transições obrigam a mudança, mas nem todas as mudanças são uma transição. Estas são “processos complexos multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente” (Meleis, 2010, p.359). Cada transição caracteriza-se por ser única pelas suas complexidades e múltiplas dimensões. Facilitar as transições do estudante passa por apoiar, compreendendo o significado da situação e das mudanças nos diferentes anos do curso, bem como a maturidade do estudante.

Durante a sua formação os estudantes passam por este processo aquando da entrada no curso de enfermagem - 1º ciclo; na mudança de ano; na prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio e na vida profissional, como é o caso dos estudantes do 2º ciclo, acarretando a um conjunto de mudanças na situação de vida.

Na perspetiva de Meleis (2010) a transição consiste na passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra, na interação entre pessoa e ambiente. Significa que pode envolver mais do que uma pessoa, neste caso, estudantes, professores, enfermeiros, pessoas cuidadas, cuidadores e parceiros da comunidade e está imbuída num contexto e numa situação. A finalização da transição implica que o estudante estabeleça um período de grande estabilidade, relativamente, ao experienciado, anteriormente (Meleis, 2010; Kralik, Visentin & Loon, 2006), sendo concluída quando o potencial de confusão e desorganização associada às circunstâncias precipitantes é pacificado (Meleis, 2010), portanto será que ao longo da sua formação, o estudante ganha solidez na aprendizagem da PrS?

No contexto deste estudo a transição é, essencialmente, desenvolvimental sendo que nem todos os estudantes estão no mesmo estágio de desenvolvimento e de maturidade, mas também pode ocorrer transição situacional relacionada com acontecimentos que originam alterações de papéis como, por exemplo, no cuidar no âmbito da PrS com pessoas ao longo do ciclo vital, com cuidadores atendendo

à sua individualidade (Meleis, 2010). Como os estudantes podem vivenciar mais que uma transição em simultâneo, os professores precisam reconhecer o tipo, os padrões e as propriedades das transições.

A teoria de transições tem uma visão de reciprocidade, porque vê a pessoa como um ser holístico, pois acredita que cada pessoa é única e, portanto, as respostas na aprendizagem da PrS são diferentes para cada um.

Um outro conceito central é a interação na relação com os professores e com os enfermeiros através de troca constante de informação e energia (Meleis, 2010). Para além desta interação existe também interação com o ambiente, sendo este entendido como o contexto onde o estudante se insere - a família, as comunidades e as condições físicas, naturais e artificiais. Esta interação é influenciada por fatores internos (crenças culturais, estatuto socioeconómico, conhecimento) e por fatores externos (políticas sociais, de saúde e de educação) (Meleis, 2010).

A autora diz que a principal missão dos enfermeiros, é ajudar as pessoas, a vivenciarem processos de transição, pelo que os professores carecem cuidar dos estudantes, para assegurar uma boa adaptação e a efetuar a transição de forma saudável, no seu projeto de formação, sendo que o desafio para os envolvidos no apoio aos estudantes é entender os processos de transição e desenvolver intervenções de ajuda, para que aqueles mantenham estabilidade e sensação de bem-estar (Meleis, 2010).

A consciencialização salienta a transição como um fenómeno pessoal e não um fenómeno estruturado (Meleis, 2010). Ainda de acordo com a autora os processos e resultados das transições estão relacionados com as definições e redefinições do eu e da situação, que podem ser feitas pela pessoa, que experimenta a transição ou por outros que se encontrem no mesmo ambiente, caso contrário poderá ser necessário resolver, inicialmente, as barreiras à consciencialização da transição antes de proceder à transição em si (Meleis, 2010).

Os padrões de resposta podem ser indicadores de processo e de resultado (Meleis, 2010). Os indicadores são o reflexo de como as transições estão a suceder, para além de serem essenciais para uma adequação das intervenções com vista ao sucesso das mesmas (Meleis, 2010). O conhecimento de indicadores de processo possibilita compreender o estado e a direção da transição, na medida que permite

identificar, se o indivíduo está no caminho do bem-estar ou em direção a riscos e vulnerabilidade (Meleis, 2010).

Segundo a autora, os indicadores de processo abarcam: sentir e estar ligado, interação, estar situado e desenvolver confiança e coping.

A necessidade de “sentir e estar ligado” implica uma ligação responsável do estudante com a mudança e com os intervenientes que o ajudam a mudar (Meleis, 2010). A “interação” entre os diferentes constituintes englobados no processo de transição confina um contexto congruente e concreto de apoio e colaboração, tornando-se indicadores de uma transição saudável (Meleis, 2010). O “estar situado” no tempo, espaço e relações é basilar na maioria das transições. Para tal, é necessário a comparação, através da qual se explica ou justifica como e porquê estão nesta situação, de onde são e de onde vieram e também quem e o que são (Meleis, 2010). O “desenvolvimento de confiança e coping” aumenta os níveis de confiança, aos estudantes que se encontram em transição, manifestando-se pela sua compreensão nos diferentes processos, em que estão envolvidos (Meleis, 2010). Quanto aos indicadores de resultado, eles são de dois tipos: a mestria e a integração fluida da identidade (Meleis, 2010). Existe “mestria” quando o estudante apresenta um progresso evolutivo das suas capacidades, que lhe permite viver a transição com sucesso, ocorrendo o fim da mesma quando houver a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprender formas de adaptação à mudança através da consciência (Meleis, 2010).

O indicador relativo à integração fluida da identidade advém da situação das pessoas, que vivenciam transições, que modificam a sua identidade, tornando-a mais fluida e dinâmica, quando a transição é saudável, baseada nos novos papéis e responsabilidades (Meleis, 2010).

Assim sendo, a Teoria das Transições de Meleis, permite aos professores uma melhor compreensão dos estudantes, nas situações de transição que estes possam vivenciar e providenciar as intervenções necessárias para os ajudar neste processo de mudança. Os professores que promovem o cuidado transicional humano valorizam o estudante no seu desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2010).



Figura 4. - Seleção Teórico-Conceptual para Estudo da Promoção da Saúde nos Currícula de Enfermagem

Neste capítulo explorámos as dimensões que julgamos relacionadas com a teorização sobre o fenómeno da PrS nos currícula de enfermagem, que permitem um olhar específico sobre o objeto de estudo, partindo dos modelos teóricos de enfermagem e do processo de cuidados, bem como das vertentes socioecológicas da PrS e do empowerment. Procurámos também compreender a transição desenvolvimental do estudante, pela teoria das transições de Meleis, integrando o paradigma do cuidar-educativo e os contributos de outros autores da área da educação, que apresentamos na Figura 4.

No capítulo seguinte organizamos a estrutura e os dados obtidos, de acordo com o movimento indutivo e interpretativo da investigação.

II Parte

**ESTUDO EMPÍRICO NA RECONSTRUÇÃO DA
REALIDADE**

1-DO MÉTODO

A metodologia que desenvolvemos neste estudo tem como motivação as nossas vivências e reflexões no percurso pessoal e profissional, a partir do início da nossa atividade profissional, sobretudo em CSP, enquanto enfermeira, como cooperante em ensinos clínicos da Escola Superior de Saúde de Santarém e mais tarde como docente no ensino de enfermagem.

Esse conhecimento permitiu-nos equacionar o fenómeno da PrS nos curricula de enfermagem que visamos estudar, procurando refletir acerca do paradigma de investigação em que este estudo se enquadra, epistemologicamente, optando por uma pesquisa de natureza qualitativa, numa aproximação etnográfica, cujo objetivo é descrever, compreender e interpretar a realidade social, evidentemente, complexa, particular, onde os atores vivem, trabalham, estudam e constroem a sua formação profissional, compreensão essa que decorre dos seus sentimentos e experiências vivenciadas em ambiente natural (Spradley, 1980; Bogdan & Biklen, 2010, Savoie-Zajc, 2003).

Trata-se uma investigação baseada no estudo em profundidade, a partir do interesse em compreender os fenómenos complexos, na busca do entendimento das características de acontecimentos quotidianos, “numa perspetiva holística e significativa para o conhecimento” (Amendoeira, 2004, p. 64).

Considerando os objetivos e o processo investigativo, conduziu a um estudo centrado no paradigma qualitativo e método de estudo de caso, de acordo com (Yin, 2010, Stake, 2012), pois é um tipo de estudo de investigação com particular interesse para a análise de projetos de desenvolvimento curricular (Ponte, 2006), e porque o fenómeno da PrS nos curricula de enfermagem é atual, na medida em que a evidência científica aponta para uma preocupação com a formação dos estudantes e com as diferenças conceptuais entre PrS e EpS (Poskiparta, Liimatainen & Sjogren, 2000; Liimatainen, Poskiparta, Sjögren, Kettunen, & Karhila, 2001; Whitehead, 2002; 2007; 2009; Baldi, 2006; Falcón, Carmela, Erdmann &

Backes 2008; Holt & Warne, 2007; Sjögrén, Poskiparta, Liimatainen & Kettunen, 2008; Silva, Sena, Grillo, Horta, & Prado, 2007; 2009; Figueiredo & Amendoeira, 2014b).

O estudo de caso é caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida (Yin, 2010) sendo o “caso” neste estudo, as ESS, pois são estas que estão imbuídas no currículo, através dos seus professores, para elaborar as estratégias que melhor produzem inovações e o desenvolvimento de competências dos estudantes (González & Wagenaar, 2003).

Considerámos esta investigação como um estudo de caso, pois para além dos casos, os dados são provenientes de diversas fontes, como preconiza (Yin, 2010), como pesquisa documental; observação participante do desempenho dos estudantes no âmbito da PrS, numa análise do fenómeno em diferentes contextos de estágio e entrevistas semiestruturadas a professores e estudantes.

Procurámos compreender os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS, através da pesquisa efetuada em documentos, dos discursos produzidos e através da transposição teoria/prática, no modo de comunicação e de relação com as pessoas para o desenvolvimento do empowerment, enquanto eixo central da PrS, baseando-se o investigador na informação obtida. Procurámos, igualmente, compreender, como os professores mobilizam o conhecimento na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular no âmbito da PrS, através dos seus discursos e da pesquisa realizada em documentos.

Como referem Stake (2012) e Yin (2010) foi dada preferência a perguntas do tipo “como?” e “porquê?” que são questões subjacentes a este estudo, pois é baseado numa análise de fenómenos em diferentes contextos. Procurou-se assim descobrir, o que há de mais substancial e característico de forma a contribuir para a compreensão global do fenómeno de interesse (Ponte, 2006).

O estudo baseia-se no encadeamento das evidências, através da relação das questões de investigação, fontes de evidência, interpretação dos achados e discussão dos resultados, de acordo com Yin (2010).

Pode-se considerar a validade interna deste trabalho e de acordo com Yin (2010) através das questões de investigação referidas, tendo como suporte a matriz teórica.

Quanto à validade externa, não se pretende generalizar os resultados, uma vez que o objeto de estudo se encontra circunscrito aos contextos em que se enquadra, mas compreendê-los através do confronto dos resultados com a matriz teórica.

Procurou-se realizar uma descrição operacional do protocolo, de forma a permitir a um observador externo, compreender os como e os porquês de cada decisão nos processos, para cumprir a confiabilidade, permitindo demonstrar a consistência dos dados e resultados, especialmente, porque provêm de diversas fontes. Para uma melhor compreensão apresenta-se um esquema da metodologia (Figura 5), de acordo com Yin (2010). Salientamos, que a nossa pretensão não é referir os locais, onde se realizou o estudo, como se de uma amostra de uma realidade mais vasta se tratasse, mas sim, a uma realidade particular e significativa.

Os contextos do estudo foram selecionados face aos seguintes critérios de inclusão: ESS com a mesma tipologia de formação e integradas em Institutos Politécnicos; serem parceiras no processo de formação dos cursos de mestrado; mas também contou a acessibilidade às mesmas, por parte da investigadora. Outros contextos foram as organizações de saúde que colaboram em parceria com as referidas escolas, no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos. Integrámos locais de estágio em contextos de ACES: UCC; UCSP; USF e em serviços de pediatria e obstetrícia de dois Hospitais da área de influência das ESS.

Foi selecionado o contexto comunitário, porque daí pode resultar uma diversidade de experiências, não só com o indivíduo, mas também com a família, grupos e comunidade, pois no estudo de Holt & Warne (2007), os estudantes referem, que a experiência de PrS na comunidade é mais facilitadora, porque há mais tempo para discutir os fatores, que influenciam a saúde das pessoas, porque estas estão mais confortáveis e mais abertas à discussão.

Foram também selecionados os contextos de pediatria e obstetrícia, pois a permanência dos pais na pediatria, para além de diminuir a angústia da criança e de fortalecer os vínculos entre os pais e os filhos, propicia o desenvolvimento da EpS (Issi, Almoarques & Lima 2004). Por outro lado, “a gravidez e o nascimento, de uma criança - se revestem de uma receptividade específica, tornando os indivíduos especialmente motivados para a aquisição de conhecimentos” (Cardoso, 2006, p.34).

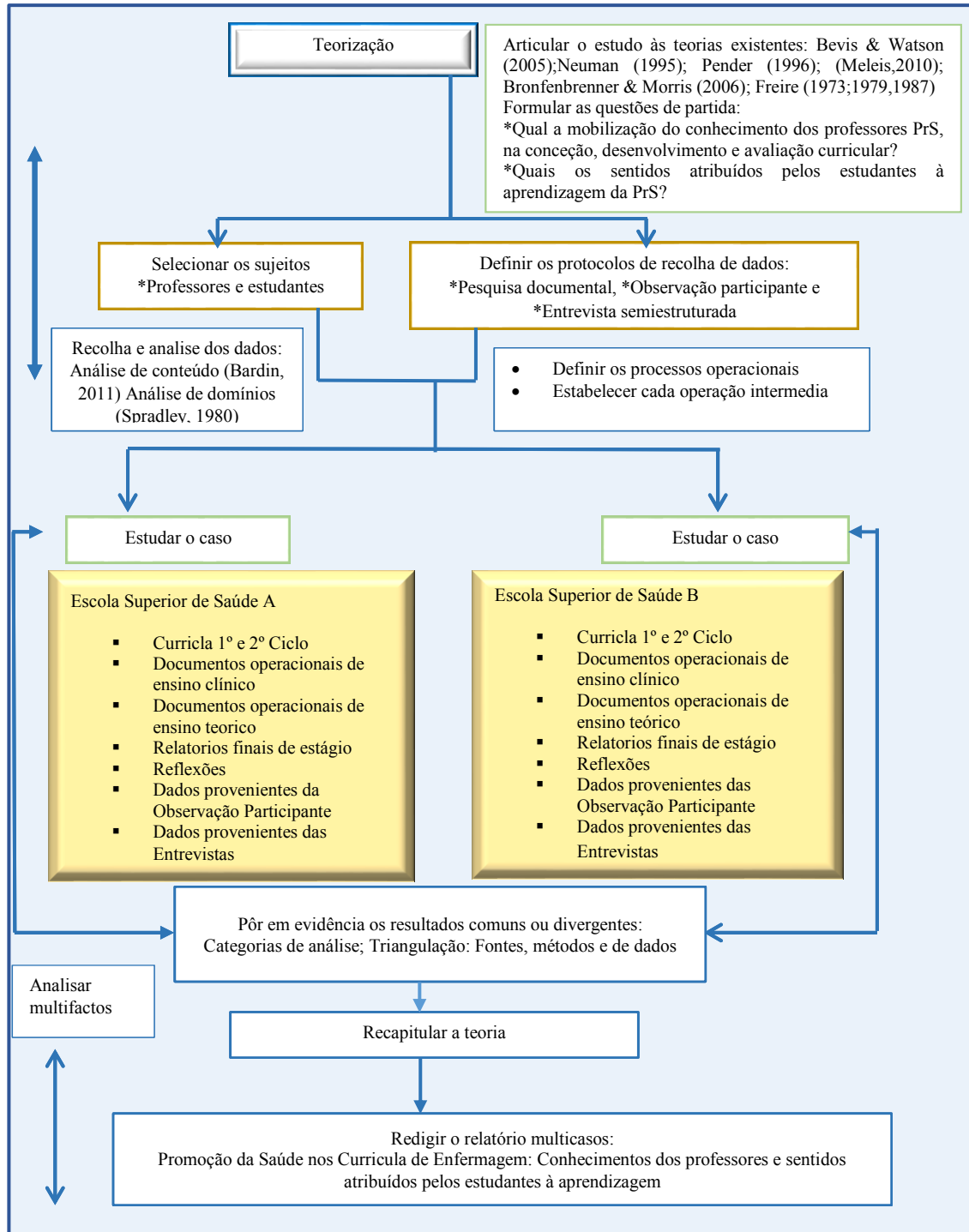


Figura 5 – Esquema da metodologia do estudo. (Fonte: Adaptado de Yin,2010)

Como técnicas de colheita de dados para a obtenção de múltiplas fontes de evidência, conforme descrito por Yin (2010); Quivy & Campenhoudt (2008); Bogdan & Byklen (2010); como um dos princípios para colher dados para tornar mais concludente e fiel qualquer conclusão, seguindo um método de confirmação,

optámos por pesquisa documental, observação participante de momentos de interação e desenvolvimento de cuidados de enfermagem e discussão de estudos de caso e entrevista semiestruturada de cariz etnográfico, para obter informação de natureza diversa e posteriormente fazer comparações entre os dados, recorrendo à triangulação (Igea et al., 1995), (Figura 6), para robustez da análise com o cruzamento dos dados dos documentos com os da observação e das entrevistas (Yin, 2010; Stake, 2012).

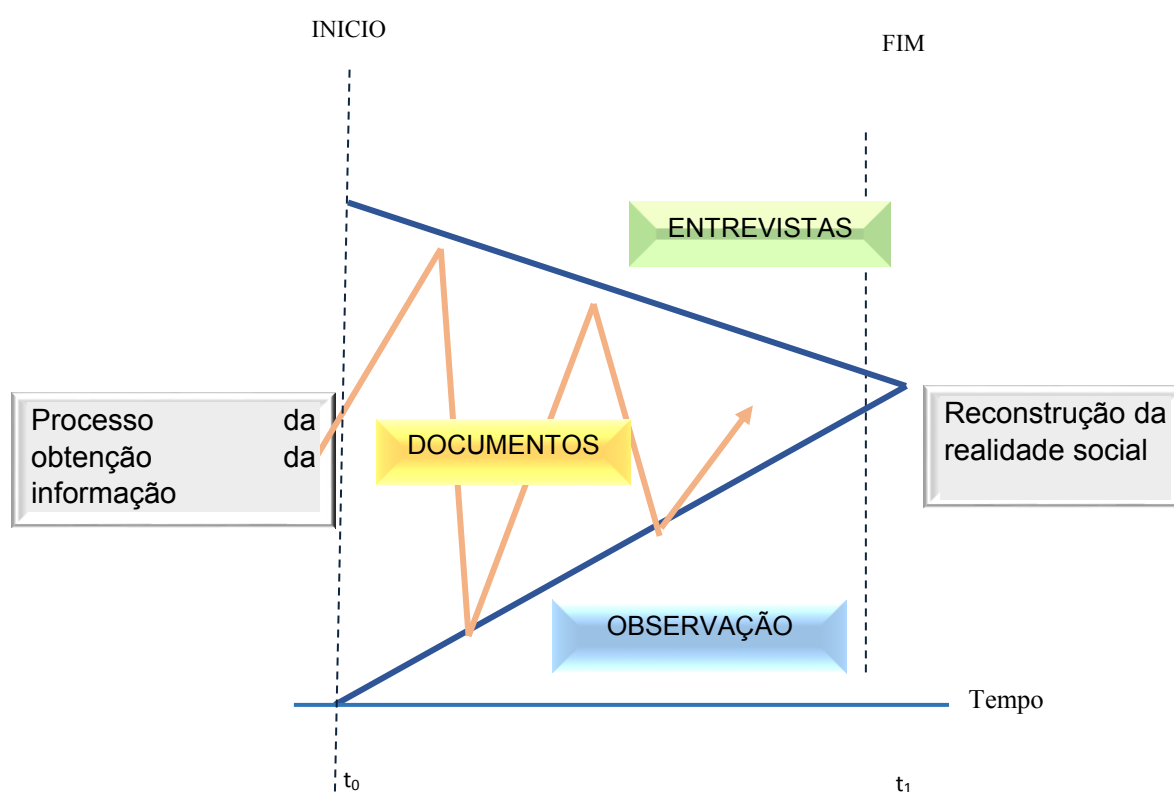


Figura 6- Utilização conjunta das técnicas de recolha de dados. Adaptado de Igea et al, 1995

1.1-DESENHO DO ESTUDO

De acordo com Spradley (1980) propusemo-nos realizar o estudo com o objetivo de desenvolver a aplicação do método e a utilização dos instrumentos, assim como um aprofundamento da problemática em estudo, face às questões formuladas.

Numa fase inicial fizemos os pedidos escritos para o desenvolvimento do estudo à Diretora da Escola A e ao Presidente do Conselho Diretivo da Escola B, que foram autorizados (Anexo I), tendo aqueles nomeado professores de referência para facilidade ao desenvolvimento da investigação. Fizemos reunião com esses professores para acesso às escolas e pesquisa aos documentos, e também, porque pretendíamos seguir os percursos dos estudantes no ensino clínico. Foram identificados os Centros de Saúde e serviços de obstetrícia e pediatria, em que ocorriam os estágios e selecionaram-se aqueles com maior disponibilidade para o desenvolvimento do estudo e de melhor acessibilidade à investigadora.

Efetuaram-se os pedidos formais aos Enfermeiros Diretores dos Hospitais (Anexo II) e aos Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Anexo III) após contacto com os Enfermeiros dos Conselhos Clínicos, que responderam positivamente.

Após discussão e aprovação do projeto de investigação, optámos pela realização da pesquisa num primeiro campo estudo, Escola A, situada num contexto geográfico, numa cidade a sul do país, NUT II – Alentejo e nos seus campos de estágio. Para segundo campo de estudo, seleccionámos a Escola B situada numa cidade mais a norte do país, NUT II - Centro e os seus campos de estágio.

Refletimos sobre a participação no terreno: no contexto da Escola A, conhecíamos todos os estudantes e locais de estágio, mas nem todos os enfermeiros. No contexto da Escola B, partimos para o terreno sem conhecer os locais de estágio, nem os enfermeiros, nem os estudantes, mas todos os contactos previamente formulados foram fulcrais para o acesso e consideramos, que as vivências pessoais e profissionais foram mobilizadas em todo o processo de construção do estudo, sem interferir no modo de funcionamento e desenvolvimento das atividades e com postura ética, o que facilitou a aceitação pelos participantes do projeto de estudo e da nossa presença como observadora.

No campo de estudo A, o facto de não sermos pessoa totalmente desconhecida foi facilitador da nossa inserção e aceitação no campo, assim como os aspetos associados ao conhecimento inerente ao cuidar nos contextos, tendo contribuído para desbloquear a nossa interação com os outros, como se fizéssemos parte “da equipa”.

No campo de estudo B sentimos que o facto de sermos pessoa estranha ao meio, inicialmente dificultou o desenvolvimento da investigação, mas com a continuidade e com a nossa postura, sentimos uma maior abertura à nossa presença, tendo contribuído para libertar a nossa interação com os outros e deixou-nos sentir como “da equipa”.

Do ponto de vista epistemológico, propunhamos com a nossa investigação, compreender as práticas dos estudantes, o que fazem, como fazem, e porque fazem e de que modo mobilizam e articulam os diferentes saberes, construindo o “ser competente” como promotor de saúde, em contexto hospitalar e nos CSP. Situando-nos num paradigma naturalista, e utilizando uma abordagem interpretativa/construtivista, através do método de estudo de caso, propomo-nos responder aos objetivos definidos a partir da análise do corpus de dados colhidos. A análise de domínios (Spradley, 1980) foi essencial no estabelecimento de relações semânticas que o autor considera estarem presentes em todas as culturas com relações universais estruturantes dos domínios culturais, o que se revelou de grande interesse, motivando-nos para a orientação e definição dos mesmos.

1.2 - ESTUDO I

Este estudo foi desenvolvido na Escola A, no Hospital da área de implantação da escola, nos serviços de pediatria e obstetrícia e em UCC, UCSP e USF.

Após autorização da enfermeira diretora, fizeram-se reuniões, respetivamente, no Hospital com os enfermeiros chefes dos serviços de obstetrícia e pediatria. Nas Unidades dos Centros de Saúde e após autorização dos Diretores de Agrupamentos de Centros de Saúde, fizemos reuniões com os enfermeiros chefes e/ou responsáveis das mesmas.

A todos demos a conhecer o objeto de estudo, as questões de investigação, os objetivos bem como o parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Legitimámos os momentos de observação, auscultaram-se as sugestões e opiniões, e colheram-se várias informações sobre a dinâmica dos serviços. Explicámos, o que pretendíamos e a colaboração que gostaríamos ter em

consideração e em todos os locais fomos bem acolhidos, mesmo sabendo que a nossa presença física poderia inibir o trabalho dos enfermeiros e dos estudantes (Laperrière, 2003).

Os participantes e os contextos do estudo

Constituíram-se como participantes deste estudo dez professores selecionados de forma intencional atendendo aos seguintes critérios: que mostrassem disponibilidade para participar no estudo; que lecionassem, de forma explícita, conteúdos de PrS e/ou que orientassem os estágios nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), em UCC, USF e UCSP ou nos contextos de obstetrícia e pediatria e com pelo menos três anos de serviço na instituição, pois segundo a opinião de Abrahão (2008, p.11), referindo-se ao ciclo de vida profissional dos docentes e baseando-se em Huberman (1995), diz que os professores, até aos três anos de exercício, encontram-se no estadio de “entrada na carreira” que é uma fase de contacto com a realidade e de confusão, seguindo-se o estadio de “estabilização” em que os professores estão numa fase de consolidação e de uma maior afirmação do “EU”, havendo um sentimento de pertença a “um corpo profissional” e um sentimento de “competência pedagógica crescente”. A caracterização destes participantes encontra-se no Anexo IV, sendo que todos têm mais de três anos de serviço (Abrahão, 2008). Foram ainda participantes os estudantes de 1º ciclo que se encontravam em estágio nos contextos referidos e os de 2º ciclo- Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (CMEC) e Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Comunitária (CPLEEC) que se voluntariaram após contacto pessoal, sendo que para a observação participante, foram apenas os do 1º ciclo, dado que os do 2º ciclo se encontravam no estágio de diagnóstico de enfermagem na comunidade. A caracterização destes participantes encontra-se no Anexo V.

Para a observação participante, os estudantes foram num total de trinta e oito⁵: seis na prestação direta de cuidados, treze em Sessões de Educação para a Saúde (SEpS) com grupos, dezanove em discussão de estudos de caso (2º e 4º ano).

⁵ Sempre que o mesmo estudante foi sujeito de observação em dois momentos, foi apenas contado uma vez.

Para a entrevista, os estudantes foram selecionados aleatoriamente, num total de dez, sendo oito do 1º ciclo, de entre os que foram sujeitos a observação e dois do 2º ciclo que se voluntariaram após contacto pessoal.

Quanto aos contextos do estudo, a ESS A fica situada na sede de distrito e em local acessível e para o fundamento do currículo, baseou-se nos seguintes documentos: decreto-lei nº 74/2006 de 24/3-Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior; Diretiva nº 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7/9/2005 -Processo de registo de adequação de ciclos de estudos; Declaração de Bolonha e Formação na área da Enfermagem – CCISP; Missão, premissas e vertentes da intervenção autónoma do domínio da Enfermagem da OMS; definição de Enfermagem do ICN; Code of Ethics for Nurses (CEN); Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; Competências dos enfermeiros de cuidados gerais da Ordem dos enfermeiros Portugueses e Competências do projecto Tuning para a área de Enfermagem.

Quanto aos contextos de estágio para aceder ao serviço da obstetrícia e da pediatria era através de elevador e o acesso ao espaço físico da unidade fazia-se mediante prévio “toque de campainha”.

Todas as unidades dos centros de saúde funcionavam em edifícios relativamente novos e todas as consultas e salas de tratamentos funcionavam no rés-do-chão, com exceção de uma das USF que funcionava num antigo hospital que foi adaptado, de fácil acesso às consultas, vacinação e sala de tratamentos. Contudo, um dos gabinetes de consulta de enfermagem funcionava num espaço estreito, apenas com luz artificial, sem condições à prática de enfermagem, pelo pouco espaço existente e pela obscuridade.

Em todos os locais havia posters, nas paredes, alusivo a diferentes áreas (vacinação, amamentação, planeamento familiar, gravidez, hipertensão arterial, diabetes, entre outros).

A temperatura era variável, nos gabinetes era “confortável”, numa das UCC estava frio. A fonte de calor era proveniente de ar condicionado ou de aquecedores e do sol quando a natureza o permitia. Havia sempre a preocupação do ambiente ser o mais acolhedor possível em cada consulta. Na maioria dos locais a interação foi

interrompida pelo choro das crianças e por diferentes profissionais (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais).

Ao encontro com os estudantes em contexto de estágio

Após as autorizações e efetuadas as reuniões iniciais, os Enfermeiros chefes e/ou responsáveis pelos serviços ou pelas unidades dos centros de saúde, apresentaram-nos os serviços e os enfermeiros.

O contacto com os estudantes foi efetuado em reunião na Escola Superior de Saúde antes da sua ida para estágio, tendo sido convidados à participação. Procurámos utilizar uma atitude informal e de proximidade, apresentámos sumariamente o projeto de estudo, deixando espaço a questões que surgiram e cujas dúvidas, pudemos esclarecer.

Aquando do acesso ao campo, demos a conhecer o termo de consentimento informado (Anexo XI) que após leitura pelos estudantes individualmente, foi assinado, manifestando o seu interesse em ser participantes no estudo.

Interação com o campo

Nos contextos de cuidados selecionados para o estudo e no envolvimento como observadora participante, nas atividades desenvolvidas pelos estudantes procurámos compreender o que acontecia, ouvindo o que era dito entre eles e entre eles e os enfermeiros, colocando-lhes questões (Laperrière, 2003), “imerso” no terreno para recolher dados que nos trouxessem contributos ao estudo, seguindo os critérios propostos por Spradley (1980): simplicidade, acessibilidade, descrição, permissividade, frequência regular nas atividades e participação.

Relativamente ao critério de simplicidade, considerámos as situações de cuidados no campo de ação dos estudantes (nas unidades de saúde e na comunidade e nos serviços de obstetrícia e de pediatria).

Em relação ao critério de acessibilidade, o duplo estatuto de enfermeira e investigadora, reconhecido pelos estudantes e enfermeiros viabilizaram-nos esses momentos, legitimados pela autorização dos diretores executivos e enfermeiros diretores e comissões de ética da UCP e ARSLVT.

Relativamente ao acesso aos momentos de interação, tornou-se importante planejar a permanência em campo, e por isso validámos com as professoras de referência, os locais onde os estudantes se encontravam a estagiar, e com os enfermeiros das unidades e dos serviços, os momentos e horários das consultas de enfermagem, os momentos em que as SEpS iriam ocorrer e o melhor horário e momentos de interação dos estudantes com as puérperas na obstetrícia e com os pais e crianças, no serviço de pediatria.

Quanto ao critério de descrição, optámos por usar bata branca e identificação e posicionámo-nos no respetivo espaço físico e social em locais discretos para “posto” de observação. Os enfermeiros apresentaram-nos como *“uma colega enfermeira que está a desenvolver um estudo com os estudantes”* e os estudantes apresentaram-nos como *“uma professora de enfermagem que está a desenvolver um estudo connosco”*.

No que se refere ao critério permissividade e para além das autorizações formais apresentadas a “instâncias superiores” já mencionadas, considerámos as situações onde desenvolvemos a observação, como de “entrada limitada” de acordo com Spradley (1980), uma vez que foi necessária a autorização prévia para seguimento da investigação. Conseguimos facilmente o apoio dos sujeitos nas unidades, sobretudo dos enfermeiros, facilitando o acesso aos estudantes, “minimizando desconfianças” (Flick, 2005).

O progressivo desenvolvimento de relações interpessoais e a frequência regular nos contextos foram facilitadores do modo como “olhávamos” para os outros e como “nos víamos” a investigar, experienciando a reflexão no papel de investigadora, bem como em diferentes atividades na realidade social (Spradley, 1980; Flick, 2005).

1.2.1 - Pesquisa documental

A característica da pesquisa documental é que a fonte de colheita de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. (Lakatos & Marconi, 2010). Nesta abordagem importa clarificar os conceitos de análise, dado e documento. Dado refere-se à informação sobre a realidade e o modo de expressá-la deve possibilitar a sua comunicação.

Documento para Cellard (2008) é uma declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um acontecimento, podendo contribuir para a compreensão de questões e saberes, considerados pertinentes a determinados contextos. Estas definições mostram claramente a noção de documento como texto escrito, no entanto, Appolinário (2009, p. 67) define documento de uma forma mais abrangente, ao referir que é “qualquer suporte que contenha informação registada, formando uma unidade que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, os registos audiovisuais e sonoros, as imagens, entre outros”, como sejam os currícula, os relatórios finais de estágio e as reflexões produzidas pelos estudantes.

Os documentos selecionados para o estudo foram documentos oficiais e primários, (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009), porque se referiam ao período de investigação, tinham uma relação direta com o objeto de estudo e não sofreram tratamento analítico (Gil, 2010; Sá- Silva et al., 2009).

Quadro 1- Documentos consultados na Escola A

QUESTÕES	OBJETIVOS	DOCUMENTOS
Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular?	Analisar os currícula de enfermagem	Currícula do 1º ciclo (CE) Currícula do 2º Ciclo- CMEC e CPLEEC)
	Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular	Documentos operacionais do ensino teórico; Documentos operacionais do ensino clínico
Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS?	Identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS	Relatórios finais de estágio; Reflexões

Deu-se início a este processo de acordo com as etapas definidas por Gil (2010): objetivos, plano de trabalho, identificação das fontes, localização das fontes e obtenção do material, tratamento de dados, elaboração de fichas, construção lógica e redação do trabalho.

No quadro 1 estão os documentos consultados em relação aos objetivos do estudo e questões de investigação.

Os documentos encontravam-se localizados na ESS A, enquanto instituição de formação dos estudantes de enfermagem: currículo dos cursos de enfermagem, do CMEC e do CPLEEC; outros produzidos pelos professores e outros pelos estudantes, sendo todos quanto à sua natureza, originários de fontes primárias e textuais quanto à forma (Quivy & Campenhoudt, 2008).

1.2.2-Observação participante

A observação participante constitui-se uma das técnicas mais relevantes no trabalho de campo. É essencial nos estudos qualitativos, com envolvimento no ambiente social, como modo de apreensão do real, pela intersubjectividade e implica a participação do observador (Spradley, 1980; Yin, 2010; Laperrière, 2003; Flick, 2005; Jaccoud & Mayer, 2010).

Após a pesquisa documental, possuíamos alguns indicadores a observar, sendo que organizámos planos de observação (Anexo VII) para não nos desviarmos do nosso foco de atenção e do objeto de estudo, contudo, estes não eram rígidos, alargando o nosso leque de observação na interação no processo de cuidados.

A observação participante tem outros vários instrumentos de colheita de dados, que se enquadram não só na própria observação, mas também nas conversas de carácter informal com professores, estudantes e enfermeiros nos espaços entre as consultas, e através de fontes secundárias como a oportunidade de participar em momentos de formação, ter acesso à consulta de documentos e folhetos produzidos por outros estudantes, elaboração de registos, pesquisas elaboradas por ex-estudantes e outras concebidas pelos enfermeiros, que nos ajudaram a compreender algumas das práticas realizadas nos serviços, em que os estudantes mobilizavam saberes. Deste modo o espaço e tempo de observação foi alargado para além da prestação de cuidados, mas em que o diálogo nos trouxe outros contributos, que nos permitiram aprofundar a significação social dos factos, que observámos (Laperrière, 2003).

A observação decorreu durante a prestação direta de cuidados e em SEpS com grupos no serviço de obstetrícia e no serviço de pediatria. Nos ACES a observação decorreu durante as consultas de enfermagem, no âmbito de diferentes programas nacionais de saúde, tratamento de feridas e SEpS na comunidade e nas organizações de saúde (Anexo VI). Para o efeito foi solicitado o consentimento informado das pessoas cuidadas (Anexo XI), conforme parecer da Comissão de Ética da ARSLVT.

Como já mencionado, foram desenvolvidos vários contactos formais de preparação de trabalho de campo e a calendarização da presença no terreno. Esta iniciou-se a 02 de janeiro de 2012 até 02 de março de 2012 e no Hospital decorreu entre 24 a 31 de janeiro de 2012 e entre 14 a 23 de fevereiro de 2012. Em paralelo iam decorrendo os contactos e observações em outros contextos do Estudo II, já que decorriam vários estágios em simultâneo. Foram realizados 19 momentos de observação: quatro sessões em grupo, onze consultas de enfermagem e quatro discussões de estudos de caso num total aproximado de 3 horas e 40 minutos para os momentos individuais, 2 horas e 45 minutos, para os estudos de caso e 2 horas e 50 minutos em SEpS, num total de 9h e 15 minutos.

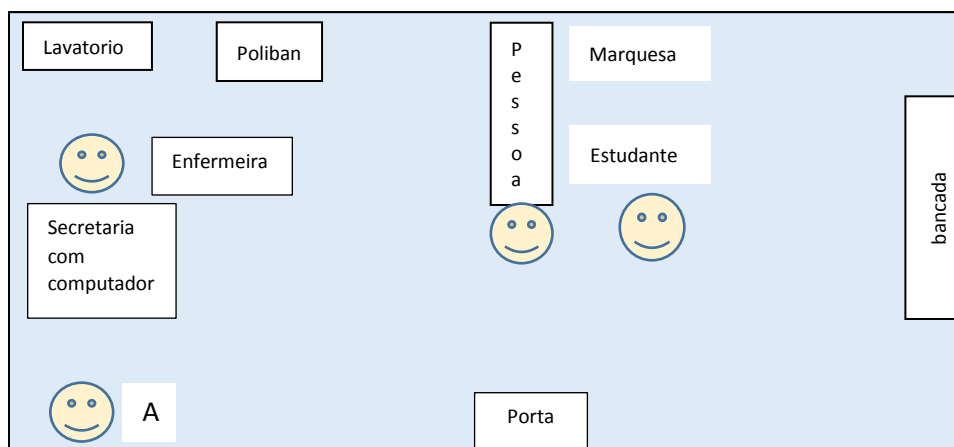


Figura 7 - Exemplo de uma situação de interação observada na sala de tratamentos com o posicionamento "A" como observadora

Deste modo desenvolvemos observação participante em diferentes espaços físicos, sendo que nas USF e nas UCSP, ocorreu, essencialmente, em gabinetes das consultas de enfermagem, salas de tratamentos (como ilustramos na Figura 7), mas também na sala de reuniões (estudo de caso).

Decorreu também em gabinetes da UCC (estudos de caso e SEpS) e em diversos espaços da comunidade: refeitório do Centro de Dia, Jardim de Infância e em salas de aula da ESS A (estudos de caso). No serviço de obstetrícia decorreu nos quartos das puérperas e no serviço de pediatria, na sala de brincar.

Mobilizámos saberes de natureza cognitiva e técnica indispensáveis para a observação participante, mas foi, essencialmente, o sentido de “fazer parte” do campo de estágio e do grupo de estudantes, que nos permitiu assumir o estatuto de instrumento da própria investigação. A nossa presença no local permitiu-nos observar e questionar sobre o que faziam os estudantes, como faziam, e porque o faziam, com foco na PrS em diferentes situações, mobilizando uma dinâmica reflexiva conjunta, questionando o que era diferente. A observação permitiu verificar se existia congruência, entre o que diziam os estudantes, e aquilo em que acreditavam, e o que faziam, daí a importância desta técnica na triangulação, face à validação da informação colhida. Para validar esta congruência foram discutidas informações contidas nas notas de campo com os estudantes, e em alguns momentos na presença dos enfermeiros, enquanto informantes privilegiados.

Desenvolvemos a fase observação participante descritiva, com um tipo de envolvimento que gradualmente foi evoluindo de passivo a moderado assumindo “postos de observação” nos espaços referidos. Esta fase permitiu-nos, de acordo com Spradley (1980), experienciar o distanciamento de forma a obter o “todo” dos acontecimentos entre estudantes e pessoas cuidadas e entre os estudantes e os enfermeiros, procurando identificar “o sentido, a orientação e a dinâmica (...) e apreensão do real” (Lapérière, 2003, p.260). Experimentámos igualmente o sentimento de outsider e insider em simultâneo (Spradley, 1980), tendo iniciado a observação descritiva sem questões formuladas, mas com indicadores oriundos da pesquisa documental, para além da que nos situava no objeto de estudo, designada de “pergunta de grande volta” (Spradley, 1980): o que é que se passa aqui em relação aos sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS?

Comparecemos no terreno por períodos intermitentes de cinco a noventa minutos contínuos de observação (conforme situação observada), por períodos que oscilaram entre três a sete horas de permanência em campo. Efetuámos o registo descritivo das situações observadas: notas de campo, com referência às condições

físicas dos locais, sentimentos da investigadora, interações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, conteúdos e estratégias de comunicação utilizadas (Spradley, 1980; Lapérière, 2003; Jaccoud & Mayer, 2010).); estes registos foram divididos segundo os mesmos autores, em notas de campo cursivas e posteriormente extensivas, em momentos subsequentes à situação observada e os memos, em “intuições e reflexões à medida que elas emergem” (Laperrière, 2003, p. 272), como apresentamos, nos seguintes excertos:

Já ninguém estranha de me ver passar pelo corredor e pelos quartos do serviço. Para as utentes sou identificada como enfermeira e por vezes questionam-me a que horas vem o Pediatra ou o Obstetra. Todas as enfermeiras me cumprimentam e perguntam se estou a obter dados para o meu “trabalho” e informam-me das atividades que vão decorrer: higiene do RN ou “ensino” para a alta, entre outras. (Memo V).

Sinto que os estudantes já me consideram parte do grupo. Uma das estudantes veio ao meu encontro e com um grande sorriso, disse que ia fazer o “*Ensino programado para a alta*” e se eu queria estar presente, pois poderia ser importante para o trabalho que eu estava a desenvolver, visto tratar-se de uma situação de PrS. O modo como falou e a sua preocupação comigo, fez-me sentir “o apoio da colega” nas minhas atividades. (Memo VI).

O processo de observação nem sempre foi fácil, pois o mudar frequentemente de contexto e de estudantes em anos de curso diferentes, de escolas diferentes, contextos diferentes, a variedade de estágios, fez com que nos mantivéssemos na fase descritiva.

Demos por terminado o período de observação quando existiu saturação no período de estágio mais longo e nos períodos mais curtos finalizámos a observação aquando do término do estágio.

1.2.3-Entrevista semiestruturada

Esta técnica de colheita de dados é uma das fundamentais, desempenhando um papel importante em estudos científicos, uma vez que permite a captação imediata da informação desejada e elucidar as condutas dos sujeitos, na medida em que podem ser interpretadas, considerando a sua própria perspectiva sobre as suas ações, como eles vivem as suas situações, já que cada pessoa dá uma interpretação diferente sobre uma mesma realidade (Poupart, 2010).

Recorreu-se à entrevista com o objetivo de triangular os dados no que diz respeito às opiniões dos participantes sobre os acontecimentos (Yin, 2010). Esta adquire importância no estudo de caso, pois o investigador compreende, a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências, e no dizer de (Bogdan & Biklen, 2010, p.134) é “utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver de forma intuitiva uma ideia, sobre o modo como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

As entrevistas são uma técnica complementar à observação participante, contribuindo para o aprofundamento dos dados colhidos. Ela privilegia a ótica do participante, as suas percepções e representações sobre a realidade possibilitando ao pesquisador a visão do “outro,” de sua cultura, e no caso particular da formação em enfermagem, das suas práticas, no modo como realmente as pessoas executam as suas atividades (Savoie-Zajc, 2003).

Quando iniciámos as entrevistas, possuíamos já alguns dados provenientes da observação participante, que poderíamos comparar com análise dos verbatins, pois alguns domínios careciam de informações, sendo os guiões de entrevista fundamentais. Estes foram elaborados numa orientação semiestruturada, para “estimular” os sujeitos a falar, retomando e reorientando os tópicos em torno da possibilidade de “compreensão do mundo do outro” e de “estruturar o seu pensamento” (Savoie-Zajc, 2003, p.285). Estes guiões foram desenvolvidos com recurso às dimensões emergentes na análise dos dados na fase da observação participante descritiva e de alguns indicadores da pesquisa documental. Procurámos assim, um “equilíbrio permanente entre o desenrolar da entrevista e do guião” (Flick, 2005, p. 94).

O guião de entrevista dos professores foi validado com uma professora adjunta, especialista, professora doutora em enfermagem, na área de especialização da educação em enfermagem. O plano e o guião de entrevista encontram-se no Anexo VIII.

O guião de entrevista dos estudantes foi testado em 20% (2) dos estudantes do 4º ano do Curso de Enfermagem e 20% dos estudantes do CMEC (1) (Lakatos & Marconi, 2010). O plano e o guião de entrevista encontram-se no Anexo IX.

Os guiões foram fundamentais para o desenvolvimento das entrevistas, não como algo rígido a responder, mas como um auxiliar de memória para ajudar o investigador de que os temas são respondidos (Savoie-Zajc, 2003), reduzindo a margem de incerteza face ao grau de amplitude das respostas (Flick, 2005). Embora não fossemos já totalmente desconhecidos, de qualquer modo iríamos pôr a descoberto opiniões, sentimentos, crenças e práticas, nem sempre visíveis no dia-a-dia.

Para a preparação e condução das entrevistas baseámo-nos no proposto por Savoie-Zajc (2003) e Poupart (2010) que integraram as seguintes fases:

- Pedido específico de entrevista – o convite foi efetuado de modo informal a todos os participantes através de contacto pessoal, telefónico ou via correio electrónico e no momento da entrevista foi efetuado o pedido formal, o porquê de os incluirmos no estudo, bem como, solicitada autorização para o registo audio (Flick, 2005; Poupart, 2010). Foi assinado o consentimento informado (Anexo XI), após ter-se garantido a confidencialidade e as medidas tomadas para a garantir (Savoie-Zajc, 2003).
- Explicações de cariz etnográficas -foi esclarecido o porquê da entrevista, o porquê do registo de algumas notas e foram explicados os temas que compunham o guião da entrevista e procurou-se pôr o entrevistado à-vontade para que este se sentisse implicado no tema, conferindo-lhe a liberdade na forma de tratar do assunto (Poupart, 2010). Foi ainda informado de que caso houvesse necessidade, a investigadora poderia acrescentar uma questão que não estava prevista, dependendo das respostas obtidas. Ainda dependendo das respostas, o entrevistador podia decidir, durante a entrevista, quando e a sequência em fazer as perguntas.

- Perguntas de cariz etnográficas – descritivas e estruturais permitindo que os entrevistados respondessem livremente e organizassem os seus conhecimentos sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular, no caso dos professores e sobre os sentidos atribuídos à aprendizagem da PrS, no caso dos estudantes.

Durante a entrevista semiestruturada, de acordo com Savoie-Zajc (2003), tivemos em consideração o relacionamento humano e social com os participantes, no acolhimento, no decurso da entrevista e na sua finalização e foram tidas em consideração: as competências afetivas, através da compreensão empática, escuta ativa, respeito pelo outro, paciência, autenticidade, capacidade de acolhimento; as competências profissionais, clarificando o que se deseja saber e encorajando a prosseguir, colocando questões, fornecendo a retroação, guiando o sujeito na clarificação das suas reflexões e a efetuar ligações e transições, entre outras; competências técnicas, para que a comunicação verbal fosse o mais completa em termos do sentido produzido, não só através da escuta, como a linguagem não-verbal, a formulação e reformulação das questões ou de pequenas partes do discurso, permitindo a reflexão e aprofundamento das ideias. Manifestámos igualmente o interesse pelo entrevistado e pela importância das suas respostas para o estudo.

As entrevistas foram realizadas no final de trabalho de campo, as dos professores decorreram em julho e novembro de 2012 na ESS e as dos estudantes decorreram entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, na ESS, de acordo com a disponibilidade dos participantes, sendo o local acordado entre os professores, estudantes e a investigadora. Todas foram gravadas em mp3 e a sua duração variou entre 1 e 2 horas, para os professores e entre 50 minutos e 2 horas para os estudantes. Após procedermos às entrevistas semiestruturadas, fizemos o registo em suporte digital (Microsoft Word) e transcrição integral em folhas A4, cujo conteúdo foi validado pelos entrevistados, possibilitando ligeiras correções de forma ou de sentido.

1.3-ESTUDO II

O estudo foi desenvolvido na Escola B, no hospital da área de referência da escola, nos serviços de pediatria e obstetrícia e em UCSP

Após contactos, fez-se reunião conjunta no hospital com o Enfermeiro Diretor e Enfermeiros chefes dos serviços de pediatria e obstetrícia, e nas UCSP com as enfermeiras responsáveis das mesmas. Para o efeito demos a conhecer o objeto de estudo, as questões de investigação, os objetivos do estudo bem como os pareceres da Comissão de Ética da UCP e da Comissão Ética da Escola B. Validaram-se os momentos de observação e auscultaram-se as sugestões e opiniões e colheram-se várias informações sobre a dinâmica dos serviços. Expusemos o que pretendíamos, e a colaboração que era essencial obter, e em todos os locais fomos bem acolhidos, mesmo considerando que a nossa presença física poderia embaraçar o trabalho dos enfermeiros e dos estudantes. Foi confortante ouvir expressões como *“pode ter a certeza que aqui toda a equipa a vai ajudar a desenvolver o seu trabalho”*.

Os participantes e os contextos do estudo

Os participantes deste estudo foram sete professores da Escola B selecionados de forma intencional tendo em conta os critérios já referidos no estudo I. A caracterização destes participantes encontra-se no Anexo V.

Foram também participantes os estudantes de 1º ciclo, que se encontravam em estágio nos referidos contextos e os de 2º ciclo- CPLEEC, que se voluntariaram após contacto pessoal, sendo que para a observação participante, foram apenas os do 1º ciclo, pelas razões já referidas no estudo I.

Para a observação participante, os estudantes foram num total de vinte⁶: dez na prestação direta de cuidados; dez em SEpS com grupos.

Para a entrevista, os estudantes foram selecionados aleatoriamente de entre os que participaram na observação e que voluntariamente cederam responder às

⁶ Sempre que o mesmo estudante foi sujeito de observação em dois momentos, foi apenas contado uma vez

entrevistas, após contacto pessoal ou via telefone ou via *e-mail*. Foram num total de dez: oito do 1º ciclo e dois do 2º ciclo.

Quanto aos contextos do estudo, a ESS B fica situada na sede de distrito, num local de fácil acesso e apresenta como referenciais documentais na elaboração do currículo: decreto-lei nº nº 74/2006 de 24/3 - Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior; decreto-lei nº nº 107/2008 de 25/6 - promove o aprofundamento do Processo de Bolonha no ensino superior; Despacho nº 7287- B/2006 - Normas de organização dos processos referentes ao registo de adequação de ciclos de estudos e Regulamento nº 348/2008 de 1/7 - estabelece os princípios reguladores da aplicação do sistema europeu de transferência de créditos.

Sobre os contextos de estágio, para aceder ao serviço da pediatria e obstetrícia era através de elevador e a entrada no espaço físico à unidade faz-se mediante prévio “toque de campainha”. Uma das UCSP funcionava num edifício relativamente novo e todas as consultas e salas de tratamentos funcionavam no rés-do-chão. A outra funcionava num antigo hospital adaptado, cujo acesso às consultas e vacinação era feito por elevador ou por escadas até ao 1º e 2º andar. A sala de tratamentos funcionava no rés-do-chão.

Em todos os locais havia posters, nas paredes, alusivo a diferentes áreas (vacinação, amamentação, planeamento familiar, gravidez, hipertensão arterial, diabetes, entre outros) e quadros com desenhos infantis ou com flores e paisagens. O serviço de pediatria era o mais alegremente decorado pelos estudantes, enfermeiros e sobretudo pelos adolescentes internados.

A temperatura era variável, se numas salas era “confortável”, em outras estava demasiado calor ou frio. A fonte de calor era proveniente de ar condicionado ou de aquecedores e da luz solar. Havia sempre a preocupação do ambiente ser o mais acolhedor possível em cada consulta. Na maioria dos locais a interação foi interrompida pelo choro das crianças e por profissionais.

Ao encontro com os estudantes em contexto de estágio

Após as autorizações e efetuadas as reuniões iniciais, os Enfermeiros chefes e/ou responsáveis pelos serviços ou pelas unidades dos centros de saúde apresentaram-nos os serviços e os enfermeiros. Definimos algumas estratégias de

colaboração, para reunião com os estudantes no contexto de estágio, para desenvolvimento do estudo, face aos objetivos que apresentámos.

Reunimos com os estudantes e com os enfermeiros cooperantes, tendo sido convidados de forma individual e pessoalmente. Procurámos utilizar uma atitude informal e de proximidade, apresentámos sumariamente o projeto de estudo, deixando espaço a questões, que surgiram e cujas dúvidas pudemos esclarecer. Solicitámos o preenchimento da declaração de consentimento informado (Anexo XI), que após leitura individual pelos estudantes, logo manifestaram o seu interesse e consentimento em serem participantes no estudo.

Interação com o campo

Nos contextos de cuidados selecionados e no envolvimento como observadora participante, nas atividades desenvolvidas pelos estudantes, procurámos compreender o que acontecia, ouvindo o que era dito entre eles e entre eles e os enfermeiros, colocando-lhes questões (Laperrière, 2003), “imerso” no terreno para a recolha de dados seguindo os mesmos critérios, referidos no estudo I, propostos por Spradley (1980).

De referir que em relação ao critério de acessibilidade, o duplo estatuto de enfermeira e investigadora, reconhecido pelos estudantes e enfermeiros, viabilizaram-nos esses momentos, legitimados pela autorização dos diretores executivos dos ACES e enfermeiros diretores e comissões de ética da UCP e da ESS B.

Conseguimos facilmente o apoio dos sujeitos nas unidades, sobretudo dos enfermeiros, facilitando o acesso aos estudantes, “minimizando desconfianças” (Flick, 2005).

O progressivo desenvolvimento de relações interpessoais e a frequência curta, mas regular nos contextos foram facilitadores do modo como “olhávamos” para os outros e como “nos víamos” a investigar, experienciando a reflexão no papel de investigadora bem como em diferentes atividades na realidade social (Spradley, 1980; Flick, 2005).

1.3.1-Pesquisa documental

Como referido no estudo I, os documentos selecionados para este estudo foram documentos oficiais e primários (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009).

A pesquisa documental seguiu as etapas de acordo com Gil (2010), conforme no Estudo I. Os documentos encontravam-se localizados na ESS B, enquanto instituição de formação dos estudantes de enfermagem, sendo todos quanto à sua natureza, originários de fontes primárias e textuais quanto à forma (Quivy & Campenhoudt, 2008). No quadro 2 estão os documentos consultados em relação aos objetivos do estudo e questões de investigação.

Quadro 2- Documentos consultados na Escola B

QUESTÕES	OBJETIVOS	DOCUMENTOS
Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular?	Analisar os currícula de enfermagem	Curricula do 1º ciclo (CE) Curricula do CPLEEC
	Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PrS Saúde na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular	Documentos operacionais do ensino teórico; Documentos operacionais do ensino clínico
Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS?	Identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS	Relatórios finais de estágio; Reflexões

1.3.2-Observação participante

A observação decorreu durante as SEpS com grupos no serviço de obstetrícia, na prestação direta de cuidados e em SEpS no serviço de pediatria. Nas UCSP a observação decorreu durante as consultas de enfermagem, no âmbito dos programas nacionais de saúde, tratamento de feridas e SEpS na comunidade: auditório de uma Escola Secundária e Casa Didática, sendo que para o efeito foi solicitado o consentimento informado das pessoas cuidadas (Anexo XI).

Foram desenvolvidos vários contactos formais de preparação de trabalho de campo e a calendarização da presença no terreno. Esta iniciou-se nas UCSP a 18 de novembro de 2011 até 27 de março de 2012 e no Hospital decorreu entre 28 de novembro de 2011 a 5 de dezembro de 2011. Em simultâneo iam decorrendo observações em outros contextos do Estudo I e II, já que decorriam vários estágios em simultâneo e foram realizados 19 momentos de observação: cinco sessões em grupo, catorze consultas de enfermagem num total aproximado de 2 horas e 50 minutos para os momentos individuais e de 3 horas para as SEpS, num total de 5 horas e 50 minutos.

Entre os vários instrumentos de colheita de dados da observação participante incluímos também as conversas de caráter informal com estudantes e enfermeiros nos espaços entre as consultas e mesmo nas horas de almoço, normas do serviço, consulta de documentos e folhetos produzidos por outros estudantes, elaboração de registos, consulta do *dossier* de estágio, pesquisas elaboradas por ex-estudantes que nos ajudaram a compreender algumas das práticas realizadas nos serviços. Assim o espaço e tempo de observação foi alargado para além da prestação de cuidados, na obtenção de outros contributos que nos permitiram aprofundar a significação social dos factos que observámos (Laperrière, 2003).

A duração dos momentos de observação divergiu nos vários locais, não só pelas situações, como pelos contextos. O período de observação nos ACES foi de acordo com as atividades na comunidade e com os horários das consultas, variando assim os momentos de observação. Nos hospitais ocorreram entre as 8,30h e as 13h no serviço de obstetrícia e no serviço de pediatria, entre as 14,30h e as 16h, para as atividades com grupos de pais e crianças.

No serviço de obstetrícia decorreu nos quartos das puérperas, sala de trabalho e sala de formação e no no refeitório do serviço de pediatria.

Os momentos de observação foram determinados *à priori*. No anexo VI podemos verificar as que foram possíveis de efetuar em cada período de estágio, pois houve vários fatores condicionantes como a fraca acessibilidade pelos utentes devido ao aumento das taxas moderadoras, férias dos médicos no mês de dezembro (não houve marcações de consultas), estudantes com atividades na escola. Uma outra dificuldade teve a ver com a rotatividade dos estudantes em contexto de estágio na

pediatria e obstetrícia, pela sala de partos, consultas externas, urgência e jardins-de-infância.

O processo de observação nem sempre foi fácil, como já referido no Estudo I.

Demos por terminado o período de observação quando existiu saturação no período de estágio mais longo e nos períodos mais curtos, e dado o estágio de aprendizagem dos estudantes, finalizámos a observação aquando do *términus* do estágio.

1.3.3-Entrevista semiestruturada

Como referimos no Estudo I, quando iniciámos as entrevistas, possuíamos já alguns dados provenientes da observação participante, para comparação com análise dos verbatins, pois alguns domínios necessitavam de informações, sendo os guiões de entrevista essenciais. Estes foram organizados numa orientação semiestruturada, para “estimular” os sujeitos a falar, retomando e reorientando os tópicos em torno da possibilidade de “compreensão do mundo do outro” e de “estruturar o seu pensamento” (Savoie-Zajc, 2003, p.285).

O guião de entrevista dos professores encontra-se no Anexo VIII e o dos estudantes encontra-se no Anexo IX. Os guiões foram fundamentais, não como algo rígido a responder, mas como um auxiliar de memória para ajudar o investigador de que os temas são respondidos (Savoie-Zajc, 2003), reduzindo a margem de incerteza face ao grau de amplitude das respostas (Flick, 2005). Embora não fossemos já totalmente desconhecidos, de qualquer modo iríamos pôr a descoberto, opiniões, sentimentos, crenças e práticas nem sempre visíveis no dia-a-dia.

Para a preparação e condução das entrevistas baseamo-nos nas fases apresentadas por Savoie-Zajc (2003) e Poupart (2010): Pedido específico de entrevista, explicações de cariz etnográficas e perguntas de cariz etnográficas, seguindo as orientações já referidas no Estudo I.

Durante a entrevista semiestruturada, de acordo com Savoie-Zajc (2003), tivemos em consideração o relacionamento humano e social com os participantes, no acolhimento, no decurso da entrevista e na sua finalização e foram tidas em consideração as competências afetivas, as competências profissionais e as

competências técnicas, descritas no estudo I. Manifestámos igualmente o interesse pelo entrevistado e pela importância das suas respostas para o estudo. As entrevistas foram realizadas no final de trabalho de campo, as dos professores decorreram em julho e novembro de 2012 na ESS e as dos estudantes decorreram entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, na ESS e em UCSP onde haviam realizado o estágio, pela proximidade geográfica da sua residência, de acordo com a disponibilidade dos participantes, sendo o local sugerido pelos mesmos. Todas foram gravadas em mp3 e a sua duração variou entre 1 e 2 horas, para os professores e entre 50 minutos e 2 horas para os estudantes e o seu conteúdo foi integralmente transcrito. Após a transcrição de cada entrevista foi devolvida ao próprio, a fim de que pudesse ler e validar se algum aspeto carecia de clarificação ou correção.

III Parte

**O ESTUDO DO FENÓMENO - UM PERCURSO PARA O
CONHECIMENTO DA REALIDADE**

1-TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O processo de tratamento e análise de dados permitiu-nos refletir em todo o percurso, através da pesquisa e revisão da literatura e da conjugação dos dados obtidos pelas diferentes técnicas: pesquisa documental, observação participante e entrevista, constituindo a base de dados, cuja análise nos foi proporcionando respostas à problemática em estudo. Indagámos na metodologia de estudo de caso o questionamento “para quê”? Conceptualizar o fenómeno “PrS nos currícula de enfermagem” e o “como”? Como é feita a construção da aprendizagem pelos professores e pelos estudantes? Como é desenvolvida a PrS pelos estudantes em ensino clínico?

Face às técnicas selecionadas, desenvolvemos uma estratégia de análise numa abordagem sistemática em busca de significados na totalidade dos dados (Yin, 2010 e Stake, 2012). Para o efeito delineámos um conjunto de fases, integrando-as numa perspetiva evolutiva de complexidade crescente e de redução dos dados em busca de significados.

Pesquisa documental - de acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), efetuámos pesquisa documental relacionada com a PrS: dos planos de estudos do 1º e do 2º ciclo e documentos operacionais de ensino teórico e ensino clínico, no sentido de sabermos quais os conteúdos de PrS abordados, metodologias de abordagem; pesquisa dos documentos operacionais de ensino teórico no sentido de um conhecimento mais específico de conteúdos da PrS, objetivos, estratégias e métodos de avaliação; Pesquisa dos documentos operacionais de ensino clínico no sentido de termos um conhecimento dos conteúdos de PrS a mobilizar em ensino clínico, de forma a obtermos um conjunto de indicadores de análise, que foram determinantes para a observação participante dos estudantes em contextos de estágio e construção dos guiões das entrevistas a realizar aos estudantes e professores selecionados para este estudo de caso múltiplo.

Na Figura 8 apresentamos as fases que operacionalizámos no tratamento e análise do material empírico e que passamos a descrever.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CURRÍCULA DE ENFERMAGEM

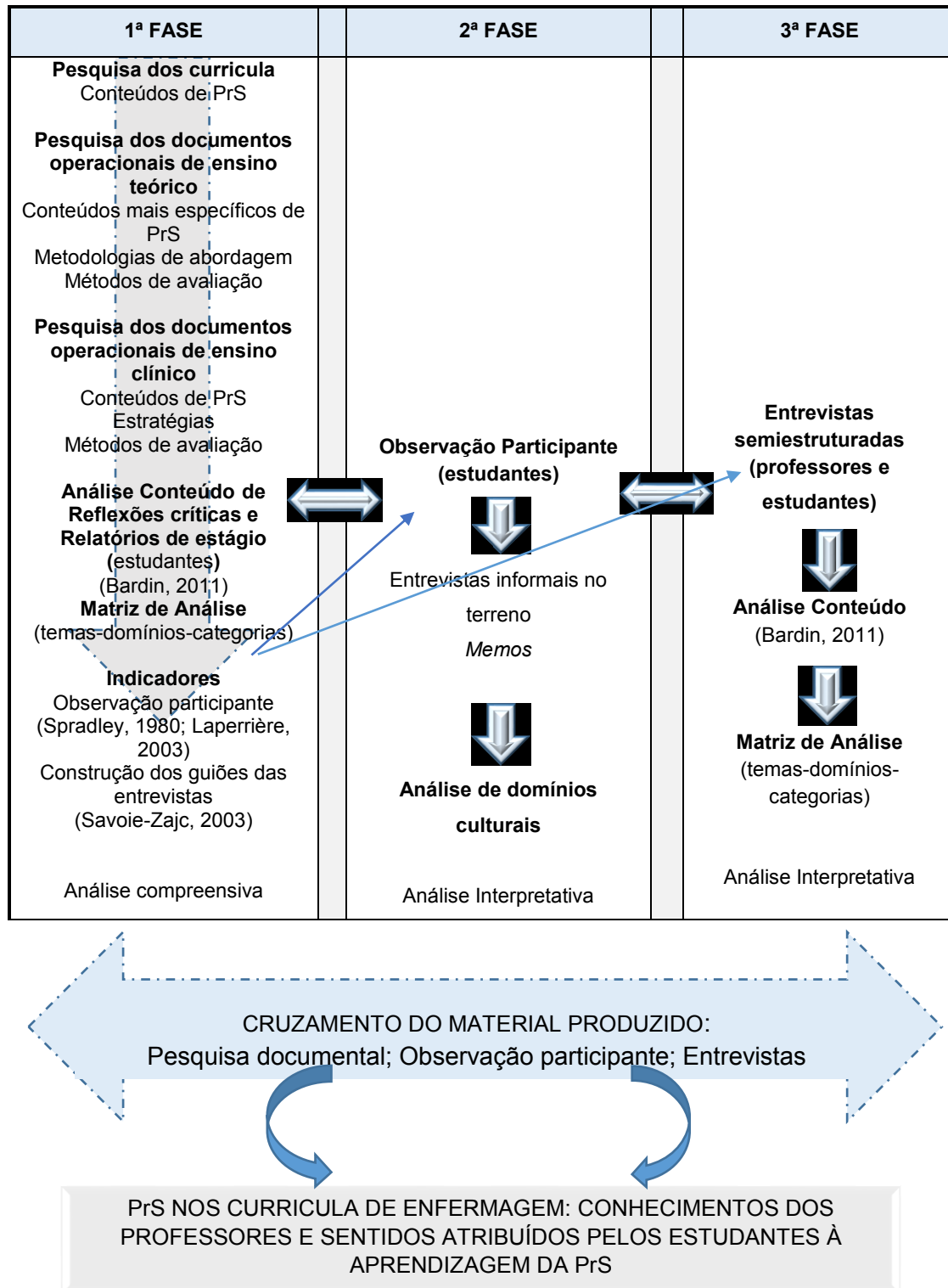


Figura 8 - Diagrama das fases do tratamento e análise do material empírico

Fizemos análise de conteúdo (Bardin, 2011) dos relatórios finais de estágio do 1º ciclo (30), sendo (6-2ºano; 20-3ºano; 4-4ºano) e do 2º ciclo (10) e das reflexões críticas elaborados pelos estudantes do 1º ciclo (52) (15-2ºano; 33-3ºano; 4-4ºano) enquanto narrativas da realidade vivida (Quivy & Campenhoudt, 2008) pelos estudantes, procedendo à análise dos mesmos, percorrendo as diferentes fases da técnica da análise de conteúdo com vista à sua interpretação. Foi analisado o universo dos documentos a que tivemos acesso.

Iniciámos pela organização do material tendo presente o referido por Bardin (2011, p.121), sobre as diferentes fases da análise de conteúdo: “a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. Na fase da pré-análise seleccionámos os documentos a serem submetidos à análise e aos objetivos e a definição de indicadores que alicerçam a interpretação final. Neste processo respeitámos as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeito pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado (Bardin, 2011, Reis, 2014), para validação interna.

Definida a constituição do corpus da análise para procedimento analítico (50 relatórios finais de estágio e 52 (reflexões), estabelecemos contacto com os documentos, numerando-os, com colunas vazias à direita para anotações e códigos. Seguidamente, realizámos a leitura flutuante, com o objetivo de apreender impressões e orientações importantes para as próximas fases da análise. (Bardin, 2011).

No que se refere às regras de codificação, tivemos presente a escolha do recorte da unidade de registo, sendo esta considerada a unidade de significação a frase, unidade de sentido que exprime um pensamento completo.

Nesta perspetiva, valorizámos todas as frases com sentido idêntico que pudessem constituir-se em dimensões significativas, relacionadas com a aprendizagem da PrS pelos estudantes e os sentidos que estes lhe atribuem. Quanto à unidade de

contexto considerámos o parágrafo enquanto unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e que serve de referência a esta, e cujas dimensões são mais amplas que as unidades de registo e são ótimas para compreendermos o seu significado (Bardin, 2011). Após a localização da frase, na unidade de contexto, efetuámos a descontextualização através da regra do recorte. O recorte da unidade de registo foi efetuado de acordo com os referenciais teóricos, ficando ordenadas as várias unidades de contexto numa tabela de dupla entrada em formato digital (Microsoft Word).

Deste modo chegámos ao sistema de categorias, tendo sido feita a sua construção *à posteriori*, de acordo com o conteúdo dos relatórios e das reflexões e os objetivos da investigação.

No tratamento dos resultados e interpretações foi fundamental analisar os dados, relacionando-os uns com os outros, organizá-los de modo a enquadrar a temática da PrS nos currícula de enfermagem, nos seguintes temas: Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes e Intervenção contextualizada no domínio da PrS. Respeitámos as qualidades da análise de conteúdo, e identificámos as categorias e indicadores (Savoie-Zajc, 2003; Bardin, 2011), sendo que os indicadores se constituíram como organizadores para a observação participante dos estudantes em contexto de ensino clínico e para o guião das entrevistas semiestruturadas aos estudantes e aos professores.

Face ao movimento metodológico desenvolvido, tivemos presentes os critérios de qualidade enquadrados no estudo de caso múltiplo segundo Yin (2010); Stake (2012) e Madeira (2014): Validade do constructo através do uso de múltiplas fontes de evidência, pela triangulação de fontes, métodos e dados utilizados para a sua recolha; Validade interna através da estratégia analítica adotada, pela triangulação teórico-conceptual e através da descrição das fases do processo investigativo; Validade externa pela reflexão nas diferentes etapas do processo e confiabilidade através do desenho do estudo e base de dados.

Com base nas opções tomadas, perspetivámos o desenvolvimento da análise interpretativa na procura dos sentidos atribuídos à aprendizagem da PrS, pelos estudantes.

Na **observação participante** demos início à análise interpretativa que foi sendo feita progressivamente e interligada, de acordo com as etapas de produção de dados, desenvolvidas desde o acesso ao campo, em que clarificámos os nossos interesses, procurando que os sujeitos colaborassem connosco (Bogdan & Biklen, 2010; Laperrière, 2003; Reis, 2014), até à identificação dos domínios culturais (Spradley, 1980).

Demos início ao tratamento do material produzido na fase da observação participante descritiva, a análise de “grande volta” de acordo com Spradley (1980), na identificação dos domínios culturais da situação em estudo, num movimento “da grande às pequenas voltas” (Spradley, 1980).

Os domínios culturais identificados foram oito com trinta e quatro categorias a partir do material analisado. O procedimento que efetuámos permitiu-nos reunir pelas suas semelhanças e diferenças conceptuais, categorias referentes a espaço, ambiente/ruídos, contacto inicial, artefactos, atores, meta/objetivos, atividades, atos, acontecimentos, sentimentos/attitudes, conhecimentos e tempo e orientação da enfermeira, que viemos a identificar como idênticos pela sua natureza ou pelo significado de que emergiram as categorias a partir dos domínios culturais (exemplo no Anexo X) na análise descritiva (Spradley, 1980). Sentimos necessidade de incluir a última dimensão (orientação da enfermeira) nesta fase de análise, à proposta de Spradley (1980), uma vez que a emergência dos dados observados nos apontava nesse sentido, para conseguirmos obter uma visão mais completa da situação a partir das interações entre enfermeiros e estudantes na prestação de cuidados.

Se continuássemos esta investigação para observação focalizada, procuraríamos encontrar respostas para as questões estruturais após elucidação das relações semânticas nas categorias, em consonância com os objetivos intermédios que se encontram no mesmo anexo.

Deste modo fomos prosseguindo com a análise dos dados, numa perspetiva crescente de complexidade e de redução dos mesmos (Flick, 2005) na procura dos significados numa análise compreensiva do fenómeno em estudo, a partir dos diferentes tipos de sujeitos e dos momentos de observação nos contextos de cuidados, suportando a descrição específica da triangulação das fontes, métodos e

dados de forma a uma melhor compreensão dos diferentes aspetos da realidade, e a evitar os enviesamentos (Yin, 2010; Stake, 2012; Reis, 2014; Madeira, 2014).

Na coerência interpretativa e indutiva que assumimos considerámos os significados do discurso dos participantes, pelo recurso à **entrevista semiestruturada**, pois esta procura “compreender o sentido do fenómeno em estudo tal como é percebido pelos participantes” (Savoie-Zajc, p.279), sendo que os dados obtidos a partir da análise das entrevistas se constituem como fontes de informação privilegiada, na compreensão do fenómeno em estudo.

Como já referido, construímos o guião de entrevista com o recurso aos indicadores e domínios que emergiram na análise dos dados das reflexões e dos relatórios, bem como da observação participante. Realizámos trinta e sete entrevistas entre professores e estudantes, constituindo estas o corpus de análise. Neste seguimento elaborámos os procedimentos já referidos.

O processo de codificação foi precedido de leituras flutuantes” (Bardin, 2011, p.142), com identificação de frases ou conceitos significativos, relevantes para a definição das unidades de análise. Considerámos a unidade de contexto a resposta, como “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo (...) cujas dimensões (...) são óptimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (Bardin, 2011, p.133) e como unidade de registo, a frase ou conceito significativo.

Após identificação das unidades, foi possível, chegarmos à categorização tendo sido feita a sua construção com base no sistema de categorias *à posteriori*, de acordo com o conteúdo das entrevistas, das questões da investigação e os referenciais teóricos, procurando a consonância com o sentido atribuído, ficando ordenadas as várias unidades de contexto numa tabela de dupla entrada em suporte digital (Microsoft word). Respeitámos as qualidades também já referidas anteriormente: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade no sistema de categorias estruturado (Bardin, 2011, Reis, 2014 Madeira, 2014). Estas qualidades permitiram assim a validação interna das dimensões de análise de conteúdo. Por outro lado, o sentido dos dados que encontrámos permitiu-nos compreender, como nos sugere Stake (2012) “como é que esta parte se relaciona com aquela parte”.

No que se refere ao sistema de categorias adquirido da análise das entrevistas dos professores foram introduzidos mais domínios e categorias à análise dos dados dos relatórios e das reflexões no tema: Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes: Domínio Construção de abordagem dos conteúdos da PrS com orientações e Metodologias de abordagem; Domínio Processo de aprendizagem com prescrição; simulação e settings; Domínio Intervenientes no processo com Estudantes. O sistema de categorias adquirido da análise das entrevistas dos estudantes foi sobreponível.

Quadro 3-Exemplo de unidades de análise das entrevistas

TEMA	DOMÍNIOS	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes	Intervenientes no processo	Enfermeiros	(...) A relação enfermeiro (...), aluno, colega, trabalhar com ela foi muito facilitador e cresci imenso, porque ela sabe muito, transmitiu muito e eu também pesquisei muito. (Ent18EA-4ºA/1ºS)
Intervenção contextualizada no domínio da PrS	Avaliação diagnóstica	Família	(...) Os instrumentos que utilizam são o modelo de Calgary, mas não (...) puro, (...) seguem todo o esquema da família numa perspetiva sistémica e utilizam todos os passos, embora com algumas <i>nuances</i> de acordo com o que o sistema informático (...) lhes permite, (...) ainda não lhe permite fazer o registo na totalidade, (...) têm que fazer em papel, (...) o genograma, ecomapa, eles fazem, mas fica em suporte de papel (...). (Ent9PB)

No seguimento da orientação metodológica referida, apresentamos alguns exemplos no quadro 3, da relação entre as unidades de análise das entrevistas para o corpus deste estudo.

O material produzido e analisado a partir das entrevistas foi posteriormente conjugado com os dados provenientes, das diferentes técnicas, como se verifica na

figura 8⁷. Assim, a PrS nos currícula de enfermagem emergiu numa articulação entre as diversas categorias que caracterizam os domínios, integrando dois temas, como ilustra o quadro seguinte.

Quadro 4 - Sistema de categorias provenientes das diferentes técnicas

TEMA	DOMÍNIOS	CATEGORIAS
APRENDIZAGEM DA PrS CENTRADA NOS ESTUDANTES	Construção de abordagem dos conteúdos da PrS	Conceitos Metodologias de abordagem Orientações
	Processo de aprendizagem	Prescrição Simulação Reflexão Settings
	Intervenientes no processo	Professores Enfermeiros Estudantes
	Avaliação da aprendizagem	Formativa Sumativa
INTERVENÇÃO CONTEXTUALIZADA NO DOMÍNIO DA PrS	Avaliação diagnóstica	Indivíduo Família Comunidade
	Diagnóstico	Enfermagem Saúde
	Planeamento	Sessão de Educação para a Saúde Cuidados
	Implementação	Ambiente de cuidados Comunitária
	Avaliação dos cuidados	Acompanhamento Resultados da Intervenção

⁷ Cf. p. 98

2-CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento deste estudo, centrámos as nossas preocupações éticas como investigadora, sendo que em primeiro lugar nos reportámos à proteção dos participantes, comprometendo-nos a respeitar.

Apresentámo-nos aos estudantes e professores, explicando os objetivos, obtendo o consentimento informado (Anexo XI) através de leitura e de assinatura em documento próprio. Garantimos o anonimato e confidencialidade, bem como a neutralidade face à observação. Assegurámos ainda o direito de recusar ou interromper a sua participação no estudo, garantindo o uso do direito de liberdade, e intimidade, que lhes assiste.

O sigilo e a privacidade na recolha de dados em todas as técnicas utilizadas, bem como o anonimato dos diferentes intervenientes em interação no processo de cuidados. Comprometemo-nos como se nos determinava como investigadora e enfermeira, a respeitar inteiramente.

Nos contextos de cuidados usámos sempre bata branca e identificação, reforçando a nossa identidade profissional, perante as pessoas cuidadas facilitando a nossa aceitação por parte das mesmas, na prestação de cuidados.

Fizemos a codificação da análise de conteúdo das reflexões, dos relatórios finais de estágio e das entrevistas, de acordo com Bogdan e Biklen (2010) e Bardin (2011), salvaguardando a que não fosse possível o reconhecimento, nem dos participantes, nem das instituições, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados. O tratamento e a mobilização dos dados em observação participante (Spradley, 1980) precaveram o anonimato das pessoas, pela codificação.

Ainda durante a observação participante cumprimos os deveres do estatuto profissional de enfermeira do Código Deontológico, a “guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (OE, 2009, p.117), reforçando o “dever do sigilo”, previsto no artº 85º do mesmo documento.

Comprometemo-nos com todos os participantes na utilização das técnicas de observação participante e entrevista, ao absoluto respeito pela sua liberdade

individual e intimidade, de acordo com o artº 86º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009a) “do respeito pela intimidade”, com o rigor no tratamento dos dados.

Acordámos com os participantes o compromisso dos seguintes princípios:

- Em qualquer dos momentos de colheita de dados poderia haver interrupção, se tal fosse manifestado, de forma direta ou indireta pelos estudantes ou pelos professores.
- Se observássemos qualquer manifestação de indecisão ou não adesão aos momentos de desenvolvimento das técnicas de investigação, não prosseguiríamos com a recolha de dados.

Em todos os contextos procurámos conquistar a confiança dos estudantes e que a nossa presença não perturbasse o normal funcionamento das atividades, mantendo a distanciação (Laperrière, 2003). Pocurou-se igualmente conquistar a confiança dos parceiros da comunidade, sendo bem aceite por todos, tendo o seu interesse pelo estudo, e mostrando sempre a sua disponibilidade.

Solicitámos parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica (Anexo XII), da Comissão de Ética da ESS B (Anexo XIII) e da ARSLVT (Anexo XIV), para o desenvolvimento do estudo em outubro de 2011.

3-NA PROCURA DE ACHADOS COM SIGNIFICADO

Chegados a esta fase e enquadrando o que desenvolvemos ao longo deste percurso, pretendemos chegar aos sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS e aos conhecimentos sobre a PrS mobilizados pelos professores na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular.

Os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS foram sendo organizados e representados através da pesquisa de vários documentos e da análise de conteúdo das reflexões críticas e dos relatórios finais de estágio por meio de frases com significado, das experiências vividas pelos estudantes. Procurámos compreender a transposição teoria/prática e como era desenvolvida a PrS pelos estudantes em contextos reais de cuidados para interpretação dos sentidos atribuídos à aprendizagem da PrS. Nesta continuidade tentámos encontrar a significação através da interpretação das falas dos estudantes sobre as suas experiências de aprendizagem, bem como do discurso falado pelos professores sobre os seus saberes acerca da PrS, na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular, procurando os domínios e categorias, para melhor compreensão do fenómeno em estudo (Savoie-Zajc, 2003).

Sequencialmente pela triangulação de fontes, dados e técnicas fomos adquirindo significações da realidade pela evidência dos resultados, que iremos integrar analiticamente, conjugando todo o material empírico e equacionando o modo como o estudante desenvolve as suas competências como promotor de saúde.

Partimos para a análise e discussão dos dados colhidos pelas diferentes técnicas, fazendo a triangulação dos dados, na procura da compreensão dos mesmos de acordo com os diferentes estatutos, que lhes fomos atribuindo ao longo da análise e, que apresentaremos de seguida, integrando o movimento indutivo na discussão e como evoluímos na discussão e na teorização.

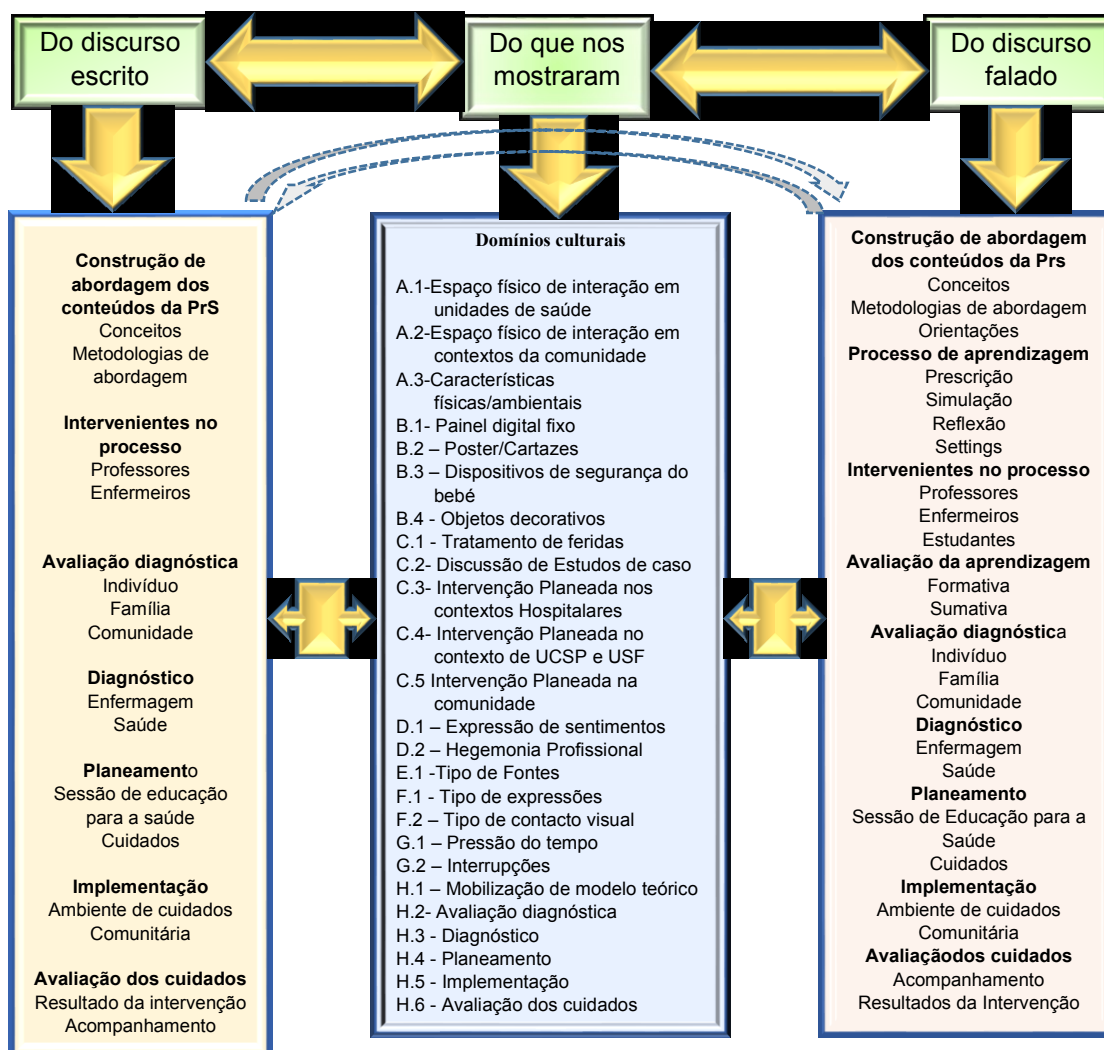


Figura 9 - A Promoção da Saúde com os participantes - sentidos atribuídos e mobilização do conhecimento na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular

Planeámos o processo de análise interpretativa com a matriz apresentada na Figura 9 com o título – A Promoção da Saúde com os participantes - sentidos atribuídos e mobilização do conhecimento na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular, identificando o desenvolvimento de competências do estudante como promotor de saúde, procurando a profundidade dos dados em acordo com a sequência que passamos a explicar: articulámos os dados codificados dos domínios culturais da análise descritiva (do que nos mostraram) da observação participante e com o sistema de categorias do discurso falado dos participantes, na singularidade dos

domínios e categorias relevantes, com os dados codificados no discurso escrito pelos estudantes.

Relacionamos o domínio com as unidades de registo dos diferentes participantes, procurando significado nas categorias de cada dimensão do sistema de categorias. Como estrutura central à discussão dos dados definimos as categorias, integrando os restantes elementos descritos em complemento ao movimento indutivo do estudo.

Em resposta às perguntas da investigação e na sequência do processo compreensivo faremos nesta etapa a relação com os títulos atribuídos aos capítulos seguintes:

Ponto 7.1 – Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes – Pretendemos caracterizar as dimensões da aprendizagem da PrS consideradas pelos professores e estudantes no processo de interação entre os mesmos.

Ponto 7.2 – Intervenção contextualizada no domínio da PrS – Pretendemos a caracterização das interações nas práticas de cuidar no âmbito da PrS entre o estudante e a pessoa, família, grupos e comunidade.

No texto utilizamos diferentes códigos, mobilizados a partir das várias fontes de dados, conforme Quadro 5.⁸

⁸ Utilizamos ainda o itálico para as citações dos participantes; as reticências ... quando existem pausas no discurso; quando considerarmos excertos não relevantes nas citações dos participantes, utilizamos reticências entre parêntesis (...); colocamos ainda uma palavra ou pequena frase entre parêntesis reto nas citações, quando houver necessidade de esclarecimento no contexto do significado da mensagem transmitida pelo participante e mobilizada na investigação. Nos excertos dos discursos dos participantes utilizamos abreviaturas para designar: Estudante (s) (Est.); Professor(a) (Prof/Prof^a); Professores (as) (Profs/Prof^{as}); Enfermeiro(a) (Enf^o/Enf^a); Enfermeiros (as) (Enf^{os}/Enf^{as}); Doutor(a) (Dr /Dra); Senhor(a) (Sr / Sra). Todos os nomes de pessoas ou outros são fictícios. Os sobrenomes das famílias (ex: família Pardal) são fictícios e são utilizados, somente, para as distinguir entre si. O elemento A da família é o marido, o elemento B é a esposa, o elemento C é o primeiro filho(a) e o elemento D é o segundo filho(a), que coabita com os pais. O elemento E é outro familiar que coabita com a família nuclear. O elemento F é o neto(a) que coabita com a família nuclear.

Quadro 5 – Códigos atribuídos nas unidades de registo e excertos das observações

FONTES DE DADOS	EXEMPLOS DE CÓDIGOS	OBSERVAÇÕES
Unidades de registo de entrevistas dos professores	Ent1PA ou Ent9PB	Entrevista (Ent) seguida de ordem numérica e PA ou PB consoante sejam professores da Escola A ou da Escola B
Unidades de registo de entrevistas dos estudantes	Ent6EB-4A/2ºS Ent20EA-CMEC	Entrevista (Ent) seguida de ordem numérica e EA ou EB consoante seja estudante da Escola A ou da Escola B, seguido do ano do curso e respetivo semestre no 1º ciclo ou CMEC ou CPLEEC para os estudantes do mestrado em enfermagem comunitária ou para o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária
Excertos dos momentos de observação participante dos estudantes	OP-EC-4ºA/1ºS-EA OP-SEpSGCS-4ºA/2ºS-EB OP-SEpSGC-2º A/1ºS-EA OP-SEpSC-4ºA/2ºS-EB OP-SEpSP-4ºA/1ºS-EA OP-SEpSO-3ºA/1ºS-EB OP-CEPNPCD-3ºA/2ºS-EA OP-CEPNPCDC-3ºA/2ºS-EB OP-CEPNSIJ-4º A/1ºS-EA OP-CEPNSSR-4º A/2ºS-EA	OP seguido do número de ordem, seguido da situação observada, seguido do ano do curso e respetivo semestre no 1º ciclo ou CMEC/CPLEEC ou CPLEEC para os estudantes do mestrado em enfermagem comunitária ou para o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, seguido de EA ou EB consoante o estudante seja da Escola A ou da Escola B. EC – Estudo de caso SEpSGCS - Sessão de EpS com grupos no Centro de Saúde SEpSGC – Sessão de EpS com grupos na comunidade; SEpSC – Sessão de EpS na Comunidade; SEpSP- Sessão de EpS na Pediatria SEpSO- Sessão de EpS na Obstetrícia CEPNPCD – Consulta de enfermagem Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; CEPNPCDC - Consulta de enfermagem Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares; CEPNSIJ - Consulta de enfermagem Programa de Saúde Infantil e Juvenil; CEPNSSR - Consulta de enfermagem Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva;
Excertos dos documentos	PECE-EA ou PECE-EB PECMEC/CPLEEC DOET-1ºA-EA DOEC-3ºA-EB RFE1-3ºA/2ºS-EB RFE5- CMEC/CPLEEC-EA REFL2 - 2ºA/1ºS-EA	Plano de Estudos do Curso de Enfermagem da Escola A ou da Escola B Plano (s) de Estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e/ou Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária Documento operacional do ensino teórico seguido do ano do curso e respetiva Escola Documento operacional do ensino clínico seguido do ano do curso e respetiva Escola. Ex: DOEC-3ºA-EB Relatório Final de estágio seguido do número de ordem com que foram analisados, do ano do curso e semestre no 1º ciclo, seguido de escola A ou B; RFE seguido do número de ordem com que foram analisados, CMEC/CPLEEC para o mestrado em enfermagem comunitária ou CPLEEC para o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, seguido de escola A ou B; REFL – para as reflexões dos estudantes, seguido do número de ordem com que foram analisados, ano de curso e estudante da Escola A ou B.

3.1 APRENDIZAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE CENTRADA NOS ESTUDANTES

A aprendizagem da PrS centrada no estudante implica um papel mais ativo deste como gestor da sua própria aprendizagem, no sentido da tomada de decisões com responsabilidade e autonomia reflexiva, num contínuo de imaturidade para a maturidade (sedutor a criador) que depende dos tipos de aprendizagem educativa, das interações educativas entre os professores e os estudantes e depende dos episódios de aprendizagem educativa num paradigma de aprendizagem educativo-humanístico. (Bevis, 2005b). O professor é um facilitador reflexivo da aprendizagem, facultando processos e ferramentas ao estudante, de forma a envolvê-lo nas aprendizagens. Existe assim interdependência entre professor e estudante e respeito mútuo na relação. Na Figura 10 apresentam-se os domínios e respetivas categorias deste tema.

Construção de abordagem dos conteúdos da Promoção da Saúde

A construção do conhecimento deve ser dinâmica e continuado. Os professores necessitam ter um conhecimento “base”, para o exercício competente da docência, por forma a contribuir para a organização do saber e a facilitar o ensino e a aprendizagem da PrS em enfermagem, transformando o conteúdo em algo ensinável e compreensível para os estudantes. Uma vez determinado o conteúdo a ensinar, os professores transformam-no, selecionando os materiais a utilizar, os exemplos, explicações e metáforas, as metodologias de abordagem, com a finalidade de adaptar o conteúdo aos estudantes, tendo em consideração os seus interesses, preconceitos, idade, entre outros. Este processo implica o conjunto de todos esses elementos orientados pedagogicamente (Lea; Stephenson & Troy, 2003).

O domínio **Construção de abordagem dos conteúdos da PrS** surge com as categorias: Conceitos; Metodologias de abordagem e Orientações, que apresentaremos em seguida.



Figura 10 – Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes, domínios e categorias

Um conceito é uma representação mental, abstrata e geral, de um objeto; É uma representação simbólica com um significado geral, que abarca toda uma série de objetos, que possuem propriedades comuns, facilitando a sua comunicação e compreensão.

A categoria **Conceitos** refere-se a todas as representações simbólicas, que facilitem a compreensão e relação entre si e com a PrS para a construção de saberes na compreensão do cuidado de enfermagem, neste âmbito, ao longo do ciclo vital com o indivíduo, família e comunidade.

De acordo com um dos *Standards* da Prática para o Ensino da Profissão (2007) - conhecimento do currículo pelos professores - estes necessitam esforçar-se, por estar atualizados no conhecimento profissional, e reconhecer a sua relação com a prática, e saber o papel das múltiplas literacias. Assim, e relativamente à relação entre os conceitos de Saúde, PrS e empowerment, parece existir assimetria por parte dos professores em fazer esta relação, embora os considerem articulados entre si em relação com o ambiente numa perspetiva mais vasta (Davies & Macdowall, 2006), numa conceção positiva de saúde. Fazem referência à salutogénese que é um termo proposto por Antonovsky (1991, 1993; 1996), que acompanha a orientação patogénica e não necessariamente substituí-la, que descreve uma abordagem com foco nos determinantes de saúde, que sustentam a saúde humana e o bem-estar, em vez do foco sobre os fatores que causam a doença:

[Saúde, PrS e empowerment] (...) São conceitos (...) indissociáveis, se os entendermos numa perspetiva (...) ecológica, (...) que permitem mobilizar as diferentes dimensões do paradigma atual da saúde pública, o paradigma (...) salutogénico (...). (Ent8PA)

Outros professores reportam-se a estes conceitos de modo isolado e não relacionado com outros. No que concerne ao conceito de saúde, este é entendido como um conceito multidimensional (O'Donnell, 1986; Ewles e Simnett, 1999), o que nos dá uma perspetiva das dimensões a avaliar nas pessoas quando em interação de cuidados:

No conceito de saúde, temos a dimensão individual, psicossocial, espiritual, ambiental, no sentido contextual, se olharmos numa perspetiva global, (...) podemos olhá-lo (...) várias perspetivas de influência, numa dimensão psicossocial, socioeconómica, psicológica, (...). (Ent8PA)

Referem ainda a inter-relação da saúde com as forças do ambiente, do micro ao macrossistema, como processo dinâmico, pelo que implica avaliar as pessoas

inseridas no seu contexto, em todos os ambientes onde as pessoas aprendem, trabalham, brincam e amam (Whitehead, 2011a):

(...) Entendemos (...) a saúde (...) como um conceito multidimensional, (...) e quando os olhamos numa perspetiva da PrS, devemos entendê-lo sempre numa perspetiva ecológica, sistémica, dinâmica e com constante interatividade, independentemente dos contextos e dos grupos alvo com quem nós vamos mobilizar no desenvolvimento com os Est. (...). (Ent8PA)

É visível a perspetiva da saúde entendida como um equilíbrio dinâmico entre os ambientes interno e externo do ser humano, o que se relaciona com o bem-estar consigo mesmo e com o mundo, que o rodeia. Esta é uma das questões, a que o paradigma salutogénico procura responder “como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais)”, pois todas as pessoas se encontram num contínuo bem-estar / mal-estar. Por conseguinte, as várias dimensões do ser humano não se podem dissociar (UNESCO, 2005), estando em permanente interação, funcionando como um sistema:

Na saúde temos a dimensão biológica, (...) social, (...) a dimensão da saúde mental (...) estas dimensões são todas (...) valorizadas no conceito de saúde e devem ser trabalhadas para que haja (...) um equilíbrio e que se promova a saúde individual da pessoa, (...) e comunidade onde as pessoas estão inseridas, os ambientes que (...) são extremamente importantes e influenciadores do nível de saúde. (Ent16PA)

Outros professores olham para o conceito de saúde em relação com os estádios de desenvolvimento ao longo do ciclo vital numa perspetiva transicional, num processo entre a vida e a saúde (Kralik; Visentin & Van Loon (2006) que implica em certos momentos mudança e adaptação, o que vai ao encontro do proferido por Meleis (2010) que diz que a principal missão dos enfermeiros é ajudar as pessoas a vivenciarem estes processos de transição, cuidando delas, para assegurar uma boa adaptação e a efetuar a transição de forma saudável:

(...) Quando olho para o conceito de saúde (...) o desenvolvimento da pessoa ao nível das diferentes fases da vida, de que forma (...) estas transições vão ocorrendo com o desenvolvimento (...). (Ent2PA)

(...) Quando existem situações (...) ligadas à doença [pessoas] serem capazes (...) de lidar com estas intercorrências, há aqui uma dimensão de maleabilidade e flexibilidade e de adaptação, que eu vejo muito ligadas ao conceito de saúde. (Ent2PA)

Outros professores consideram a saúde como um conceito positivo, ao olhá-lo como um recurso face ao projeto de vida de cada pessoa, pois mobiliza recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas. Nesta perspetiva, o conceito de saúde depende da participação efetiva de todos os envolvidos no processo saúde/doença (Germani & Aith, 2013). É um conceito dinâmico, que considera a capacidade das pessoas na luta por esse mesmo projeto em direção ao bem-estar (WHO, 1986):

Saúde é um recurso para a vida, pois capacita a pessoa para trabalhar, para o lazer, para a relação social, (...) para fazer da sua vida, aquilo o que ela entender (...) de acordo com o seu projeto de vida. (Ent1PA)

Os estudantes do CMEC/CPLEEC da Escola A acometem a responsabilidade pela saúde não apenas à pessoa, mas ao todo coletivo bem como ao envolvimento político (Antunes, 2008), conforme princípio orientador do PNS 2012-2016 (DGS,2012a) na promoção de uma cultura de cidadania e desenvolvimento dos países, no sentido de reforçar a ação comunitária para a saúde (WHO, 1986). Para além das pessoas, comunidade e governo é uma responsabilidade de todos os setores da comunidade (WHO, 1986; Morrondo, 2000; Czeresnia & Freitas, 2003):

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui (...) um desafio à responsabilidade individual e coletiva com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, dos governos, das famílias e da sociedade em geral. (RFE3-CMEC/CPLEEC-EA)

Aparentemente nem todos os professores têm esta concepção de saúde, seguindo o conceito da WHO (1948), que apesar de ter um sentido positivo, tem um carácter estático, subjetivo e utópico (Buss & Filho, 2007), não referindo os processos adaptativos da pessoa às suas crises, nem a sua relação com o meio ambiente, embora contenha o termo bem-estar, que reflete a noção de equilíbrio e de harmonia (Viana, 2001), sendo uma dimensão positiva da saúde (Galinha & Ribeiro, 2005), sobre o qual incide a PrS:

Saúde, (...) cada pessoa terá que definir o que é que entende (...), mas penso que será, (...) o que a OMS diz em termos de todo o bem-estar não só físico, mental e a todos os níveis. (Ent17PA)

(...) Conceito de saúde, (...) da própria OMS, (...) completo bem-estar biopsicossocial, (...) e aqui se percebe a importância da promoção (...) com o sentido de melhorar ou manter esta mesma saúde. (Ent12PB)

Quanto ao conceito de PrS os professores referenciam, que o mesmo surgiu com a segunda revolução da saúde epidemiológica (Terris, 1992), o movimento de prevenção das doenças crónicas (meados do século XX), em que as intervenções incidiam em medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida. Estava-se perante um foco na prevenção da doença, centrado nos comportamentos de risco:

Nós enquanto docentes (...) temos de perceber que a (...) PrS foi um conceito que surgiu (...) no âmbito da segunda revolução da saúde, só por si só diz muito (...). (Ent12PB)

O foco na PrS surgiu com a 3ª revolução da saúde no final do século XX (Terris, 1992), entendendo a saúde como um recurso para a vida, incidindo sobre o bem-estar. Surgiu assim a “Era dos Cuidados de Saúde Primários (anos 70-80) com foco na Saúde para Todos” e a ênfase recai na eficácia dos cuidados de saúde voltados para a comunidade e pela comunidade (Awofeso, 2004), como se verifica na seguinte fala dos professores:

(...) Na PrS passamos a pensar de forma mais global, coletiva, (...) o foco da nossa atenção deixa de ser apenas o indivíduo para passarem a ser diferentes atores da sociedade. (Ent4PA)

Os professores, remetem para o conceito de PrS preconizado pela WHO (1986) na Carta de Ottawa relevando-o como um processo, bem como a capacitação para a participação e tomada de decisão das pessoas no seu processo saúde/doença e implicitamente nos cuidados de enfermagem. É uma perspectiva de visão holística do ser humano e centralidade no cidadão, exercendo este o poder no controle das suas condições de saúde e qualidade de vida (Lopes et al., 2010; Loureiro & Miranda, 2010). A participação ativa da população constitui-se como um meio fulcral, para operacionalizar a PrS, e esta valorização da participação remete para a autonomia das pessoas (Buss, 2000; Loureiro & Miranda, 2010; Iglesias & Dalbello-Araujo, 2011). Por outro lado, todas as conferências internacionais desde a Carta de Ottawa têm desenvolvido um novo discurso de PrS, indo além do estilo de vida individual para o bem-estar, destacando a capacitação e participação da comunidade (Whitehead, 2009; Heidemann, 2006; Lopes et al., 2010):

(...) A PrS (...) é um conceito que (...) tem por objetivo capacitar as pessoas (...) para (...) serem ativos em tudo o que esteja relacionado com a saúde (...) estou a ligar com bem-estar físico, mental, psicológico e pensar na pessoa no seu ambiente e (...) como ela gere o seu dia-a-dia, (...) no quotidiano, (...) estou-me a lembrar das situações crónicas de doença, a pessoa tem que pensar no seu bem-estar e ter capacidades para gerir a sua vida e tentar tirar o melhor partido. (Ent7PA)

(...) A PrS é um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde com o objetivo de a melhorar ou manter. (Ent12PB)

Os professores evidenciam alguns dos princípios básicos da PrS, em que esta combina diversos métodos de abordagem e complementares (Loureiro & Miranda, 2010):

Na PrS incluem-se vertentes como a educação, medidas económicas, ambientais, sociais e (...) legislativas, no sentido da melhoria da saúde das pessoas coletivamente. (Ent4PA)

Fazem referência à relação da saúde e PrS, intervindo sobre os determinantes de saúde, baseando-se na compreensão da saúde como um produto e que influenciam interna e externamente a saúde e bem-estar das populações (CHNC; 2011; Davies & Macdowall, 2006; Glouberman & Millar, 2003), sendo os fatores potencialmente modificáveis, os que incluem as condições gerais socioeconómicas, culturais e ambientais. Os microdeterminantes estão associados a características individuais, que Pender et al. (2006), consideram como sendo a (idade, índice de massa corporal, agilidade); e os macrodeterminantes, associados a características de grupo e comunidade (Dahlgren & Whitehead, 1991):

(...) A PrS visa (...) promover a saúde (...), mas a um contexto extremamente amplo, atuando sobre os determinantes (...) da saúde, (...) da parte biológica, (...) psicológica, (...) social, (...) ambientais (...). (Ent5PA)

Um dos determinantes de saúde referido pelos estudantes da Escola B é o acesso aos cuidados de saúde, que é uma dimensão da equidade, pois todas as pessoas têm o mesmo direito à saúde, consignado na Carta de Ottawa (WHO, 1986), Lei de Bases da Saúde (1990) e Direitos do Homem (DGS, 2012a). A forma como se organizam os cuidados de saúde à população é determinante do estado de saúde da mesma, mas o cidadão tem o dever de promover esse mesmo acesso (DGS, 2012a). The ICN Code of Ethics for Nurses (2012, p.4) apela à inclusão, no “currículo de formação profissional, referências a direitos humanos, equidade, justiça e solidariedade, como a base para o acesso aos cuidados”. Estes conceitos nos PECE (Plano de Estudos do Curso de Enfermagem) não estão explícitos, o que não significa, que não sejam mobilizados em alguns dos conteúdos ao longo do curso:

[PrS] é fazer com que as pessoas procurem serviços de saúde, procurem melhorar a sua saúde, terem autonomia em relação à sua saúde. (Ent8EB-3A/1ºS)

Para além da organização dos cuidados de saúde à população, os professores valorizam as decisões políticas como determinantes do estado de saúde da mesma. As políticas internacionais da WHO através das conferências sobre PrS, constituem-se como uma referência de diretrizes globais para as políticas nacionais. O PNS apresenta valores análogos aos da PrS, como sejam a “universalidade; acesso a cuidados de qualidade; equidade; solidariedade; justiça social; capacitação do cidadão; prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa; respeito; solicitude; decisão apoiada na evidência científica” (DGS, p.26), valores estes que necessitam ser trabalhados com os estudantes para a PrS:

A PrS engloba tudo (...) que tem a ver com políticas e com os programas que existem (...) a nível internacional, (...) a nível nacional e (...) com aquilo, (...) cada país decide (...) intervir sobre cada vetor da sua saúde. (Ent5PA)

Os professores ligam a PrS ao papel dos técnicos, o que está de acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais, no domínio da prestação e gestão de cuidados (OE, 2011) e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE,2010a). Também a WHO (2003) e o ICN (2012) defendem o papel determinante e responsável dos enfermeiros nesta área, sendo que a PrS é o primeiro *Standard* da prática da enfermagem comunitária (CHNC,2011). No entanto, os professores articulam-na apenas com a “mensagem e não com toda a abrangência, de que temos vindo a analisar:

PrS é o papel de um técnico ou de um especialista no sentido de promover esse completo bem-estar físico, social e espiritual, mas numa perspectiva de EpS, ou seja, é (...) fazer passar uma mensagem de que a valorização por esse estado da saúde é fundamental quer em termos da qualidade de vida, quer em termos da saúde e bem-estar. (Ent6PA)

Há expressões de professores e estudantes que ligam a PrS a mudança de comportamentos, à prevenção das doenças e como agir em situação de doença, o que de acordo com Irvine (2007), os enfermeiros acataram uma abordagem

individualista numa lógica de mudança comportamental, o que não tem influenciado o desenvolvimento da prática de PrS. Diz a autora que o aumento das doenças crónicas e sua relação com os fatores de risco associados aos comportamentos, dificultou a compreensão da saúde e seus determinantes, concretizando-se deste modo a corrente behaviorista da PrS (Heidemann, 2006), cujas intervenções culminam na mudança de comportamentos individuais não saudáveis (Carvalho, 2004a). Também Pender (1996) considera a enfermagem relacionada às intervenções e estratégias, que deve utilizar para o comportamento de PrS:

PrS é (...) todo o conjunto de estratégias e atos que conseguimos reunir para levar determinados grupos, populações e comunidades a outros ou novos comportamentos, ou a mudar o anterior. (Ent17PA)

Nalguns casos temos que fazer PrS, nas situações de doença, para que a pessoa saiba intervir na sua própria situação. Neste caso estivemos a educar porque estivemos a dar informação para que não haja nenhum acidente. Se fosse um caso de criança atropelada, estávamos a falar de PrS. (OP31-SEpSP-4ºA/1ºS-EA)

No excerto seguinte, para além dos estudantes da Escola A se focarem no dar informação para a mudança de comportamentos, não dominam o conceito de PrS, o que pode indiciar, que o modo como este foi trabalhado com os estudantes, não lhes possibilitou usufruir da apropriação do mesmo:

(...) Promover a saúde é dar informação e conhecimento à pessoa para que ela possa adotar comportamentos corretos... mas mesmo o conceito, não tenho assim nada em mente. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

PrS é dar informação para que ela mude as suas formas de comportamento para prevenir complicações, é dar informação para que a pessoa fique mais autónoma e tenha conhecimento para aplicá-lo na prática. É importante para prevenir consequências e é preciso para capacitá-la para ela atuar. (OP25-CEPNPCD -4ºA/2ºS-EA).

O empowerment é entendido pelos professores da Escola A, como partilha de conhecimento e como um meio para a corresponsabilização em saúde por parte das pessoas e comunidades, o que vai ao encontro de um dos cinco domínios de ação prioritários de PrS enunciados na Carta de Ottawa (WHO,1986), que consiste em “reforçar a ação comunitária para a saúde” na tomada de decisões e implementação de estratégias, para alcançar um melhor nível de saúde, entre as quais o acesso contínuo à informação e aprendizagem sobre saúde por parte da comunidade (WHO, 1986; Buss, 2000), bem como no sentido de um outro domínio que é desenvolver as competências pessoais em todas as etapas da vida. Estas são essenciais para alcançar a participação efetiva e o empowerment das pessoas e comunidades. Remete-nos também para a literacia em saúde na tomada de decisões adequadas no contexto de cuidados de saúde (Ratzan & Parker, 2000):

(...) O empowerment, eu vejo como uma partilha de poderes (...) no sentido de tornar acessível o conhecimento ao outro para que ele se possa corresponsabilizar em todo o seu próprio processo. (Ent2PA)

Os professores da Escola B fazem a relação da literacia em saúde com a capacidade das pessoas na obtenção e compreensão das informações, sendo este conhecimento insuficiente para mobilizarem com os estudantes, por não focarem o uso, que a pessoa faz dessa informação na promoção da sua saúde nem nas competências cognitivas e sociais. A literacia em saúde está relacionada com o estatuto socioeconómico e nível educacional baixos (Ratzan & Parker, 2000). A “capacidade de compreensão, a capacidade de gestão e a capacidade de investimento” são interrelacionadas, mas podem existir situações em que as experiências da pessoa, resultem em baixos scores num componente e elevados noutro (Antonovsky, 1993). Diferentes níveis de habilitações influenciam o envolvimento das pessoas em processos de tomada de decisão na saúde. As pessoas com mais habilitações exibem sentido de responsabilidade e credibilidade da informação, e as que têm menos habilitações centram-se mais no papel de consentimento/ não consentimento médico. Por outro lado, os últimos mostram, também, menos consciência e capacidade de gestão sobre a sua condição de saúde (Smith et al.,2009). Perante estas premissas não se pode pensar apenas, em

dar informação às pessoas, para promoverem a sua saúde, tem que ser um processo co construído com as mesmas:

Nós neste momento (...) temos informação disponível (...) acesso à internet (...) que a população pode ir procurar, (...) mas o que verificamos é que há determinados comportamentos, que ainda não foram alterados e o porquê (...) prende-se com a capacidade de eles adquirirem esta mensagem, (...) o facto de nós lermos, mas não conseguirmos fazer a interpretação, e precisamos de alguém, um interlocutor para nos descodificar esta mensagem e depois, ir de encontro ao que nos preocupa. (Ent10PB)

É evidenciado pelos professores e estudantes da Escola A, no excerto seguinte, a dificuldade que os enfermeiros têm em partilhar o poder e tornar o conhecimento acessível e claro ao outro, mas com entendimento de que isso tem de ser feito. Se assim é, dificilmente se conseguirá desenvolver o empowerment com as pessoas e torná-las autónomas e com poder decisório nos cuidados. Isto articula-se com as características de um promotor de saúde que analisaremos mais adiante, pois é crucial que as pessoas adquiram conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, para poderem intervir nas decisões e fazerem as escolhas mais concertadas (Irvine, 2007; Piper, 2008; Richard et al., 2010; Samarasinghe et al., 2010). Isto requer mudança nas atitudes dos profissionais em relação à partilha do poder e ao reconhecimento da pessoa de forma holística (Bernardino et al., 2013):

(...) O conhecimento é poder, (...) as questões do empowerment, “the power”, (...) o saber profissional dos técnicos de saúde torna-se incómodo, (...) partilhá-lo (...) com o cidadão, (...) porque dever-lhe-á transmitir algum conhecimento, mas para isso ainda tem que investir energia no sentido em que esse conhecimento lhe seja acessível, (...) isso requer tempo, requer clareza no processo de comunicação (...). (Ent2PA)

Damos informação, educamos para a saúde uma pessoa com riscos da própria doença e é nessa medida que a educação para a mudança de estilos

de vida, ahahah alimentares, por exemplo, é importante, pois vamos verificando que as pessoas não o fazem de forma consciente e eu quero consciencializar, porque por mais que queiramos é difícil, é pô-los a pensar, porque só ouvir a informação não é suficiente. (OP20 - CEPNPCDC - 4ºA/2ºS- EA)

Os professores da Escola A, no seguinte excerto, referem-se à necessidade de clarificação de conceitos e de partilha de conhecimentos para o desenvolvimento de capacidades cognitivas e subsequente tomada de decisão:

(...) Empowerment, (...) o que eu espero é uma clareza de raciocínio, uma responsabilidade, um assumir da tomada de decisão de forma mais concreta: eu quero ser submetido a uma cirurgia? (...) Antes de tomar a minha decisão, (...) tenho que ter todos os dados (...) o que existe comigo, (...) que circunstâncias é que podem ocorrer (...) vejo muito na necessidade da clarificação e da aquisição do conhecimento. (Ent2PA)

Neste mesmo seguimento os professores salientam, que as pessoas precisam ter a noção clara do seu projeto de saúde e responsabilizarem-se mesmo em processos de doença. A tomada de decisão é determinada pelo conhecimento e pela vontade própria e pelas condições de vida. (Osorio et al.,2010):

[Empowerment] eu espero que as pessoas adquiram (...) clareza do seu próprio projeto de saúde, (...) sejam capazes de se responsabilizar (...) projeto de saúde e quando surgem (...) intercorrências ligadas (...) a processos de doença, (...) sejam também capazes de tomar decisões. (Ent2PA)

É evidenciado pelos professores da Escola A a abordagem psicológica do empowerment com inclusão de estratégias, cujo objetivo é fortificar a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade (Carvalho, 2004a). O empowerment permite o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, para que as pessoas possam tomar decisões em saúde adequadas, não só no contexto de cuidados de saúde, mas em todos aqueles

em que a pessoa participa e vive no seu dia-a-dia, como a vida política (Kickbusch et al., 2005):

(...) Envolvimento do ser humano, não só das políticas de saúde, mas (...) no sentido das pessoas serem conhecedoras destas coisas que acontecem em várias dimensões para serem (...) mais ativos e saberem gerir a sua saúde e é aqui que eu vejo o empowerment: recursos ambientais, políticas de saúde, (...) da solidariedade, (...) da melhoria da autoajuda e autoestima, nos (...) conhecimentos e habilidades para conseguirem ser mais ativos.
(Ent7PA)

No excerto seguinte os professores da Escola A referem a importância do empowerment nas atitudes salutogénicas. Antonovsky (1991, 1993, 1996) considera que, a orientação salutogénica permite acompanhar a orientação patogénica e não substituí-la. O mesmo autor refere a relevância de avaliar globalmente a pessoa, procurar saber como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e se responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) sendo que o foco de intervenção deve incidir nos fatores protetores de natureza individual e de natureza social (Antonovsky, 1996):

(...) A dimensão do empowerment (...) que nos vai permitir capacitar as pessoas, as famílias e as comunidades para que (...) tenham condutas salutogénicas promotoras de saúde (...). (Ent16PA)

Por outro lado, identificamos no discurso escrito dos estudantes do CPLEEC da Escola B, que não é só importante desenvolver no indivíduo e comunidade o poder de tomada de decisão em matéria de saúde, mas existe a necessidade de alcançar a construção de uma comunidade ativa e capacitada numa abordagem intersetorial. De entre os valores fundamentais para a eficácia da PrS sobressaem a participação e empowerment (Morrongiello 2000), que a WHO (1986), identifica como princípios chave a considerar nas iniciativas de PrS, ao lado do holismo, intersectorialidade, entre outros:

(...) É necessário o empowerment devendo os serviços de saúde apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável e abrir canais de comunicação entre o setor da saúde e os setores sociais, político, económico e ambiental. (RFE5-CPLEEC-EB)

Os professores da Escola A relevam existir um fosso do ideológico para a operacionalização da PrS (Casey, 2007; Cross, 2005; Holt & Warne, 2007; Irvine, 2007; Piper, 2008; Runciman, et al., 2006; Rush et al., 2005), relativamente ao empowerment relacionado com o acesso da população aos cuidados de saúde e da sua noção de direitos e deveres com a saúde, como cidadão, dando a entender que, os enfermeiros não desenvolvem uma práxis na qual a PrS seja uma prática diária, o que influencia a aprendizagem dos estudantes. O PNS 2012-2016 (DGS,2012a) refere que a participação do cidadão, deve ser efetuada num modelo contínuo de envolvimento. O mesmo documento refere os deveres do cidadão para o exercício de cidadania, em que se destacam: melhorar os conhecimentos e a capacidade de exercer responsabilidades pela PrS, por estilos de vida saudáveis e tomada de decisão, mas para isso há a necessidade de poder partilhado e melhorar a acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde e de cuidados na comunidade, bem como os outros domínios de ação prioritários de um modelo de PrS, conforme descrito na Carta de Ottawa (WHO,1986). É também por aqui que passa o envolvimento dos enfermeiros na ação política para o desenvolvimento da PrS como um princípio chave do desenvolvimento global (McMurray (2007):

(...) Empowerment (...) vejo (...) no sentido da corresponsabilização (...) como é que nós corresponsabilizamos em Portugal, (...) os cidadãos portugueses têm uma perspetiva de procura dos serviços de saúde muito dual, (...) muito de (...) procurar quando estou doente ou quando preciso, (...) deste ou daquele cuidado, (...) estão muito pouco aptos ainda, (...) para aquilo que são os seus próprios direitos e deveres como cidadãos e isto tem (...) uma implicação muito grande ao nível da saúde e ao nível da corresponsabilidade que se pode e deve procurar sobretudo quando saímos de um nível mais ideológico para um nível mais operacional. (Ent2PA)

O empowerment parece não ser bem entendido pelos estudantes do 1º Ciclo da Escola B, pois na sua opinião este não é partilha de poder, mas sim poder na verticalidade, de dizer às pessoas como fazer, esperando que as pessoas respondam eficazmente às orientações dadas, o que vai ao encontro do referido por Whitehead (2004); Iglesias & Dalbello-Araujo (2011), que para alguns profissionais PrS são apenas intervenções meramente informativas. Na dialógica de Freire (1979) o diálogo não deve envolver uma pessoa com poder sobre o outro, o que significa que os enfermeiros trabalhem com a pessoa, (Watson, 2005), sendo que a consciencialização é construída no contexto da ação-reflexão, partindo da problematização da sua realidade (Alvim & Ferreira, 2007). Mais que passar informações e induzir determinados comportamentos, as pessoas necessitam ser apoiadas no processo de reflexão para a tomada de decisão e desenvolvimento de consciência crítica, no seu dia-a-dia (Figueiredo et al, 2014b; Kickbusch et al., 2005, McCarthy & Freeman, 2008).

O empowerment (...) é o feedback que há entre duas pessoas, ou seja uma pessoa está a transmitir e outra pessoa está a receber e depois, é a efetividade que a pessoa vai dar a isso (...). (Ent4EB-4ºA/2ºS)

Relacionando os conceitos de PrS e EpS, nos estudantes do 2º Ciclo da Escola A parece transparecer alguma desconexão, considerando serem interdependentes, mas dependendo um do outro em simultâneo. Esta confusão é descrita nos estudos: (Casey, 2007; Iglesias & Dalbello-Araujo, 2011; Irvine, 2007; Pender et al., 2006; Piper, 2008; Runciman et al., 2006; Rush et al., 2005; Whitehead, 2003; 2004; 2005; 2007; 2009; 2011b; Whitehead et al., 2008).

Eles [conceitos de PrS e EpS] são interdependentes, porque (...) se um é estratégia do outro, eles estão associados e dependem um do outro, estão interligados. (Ent19EA-CMEC)

Os professores das duas Escolas têm um olhar diferente sobre estes conceitos. Os professores da Escola A encaram-nos como interdependentes, em que a EpS é uma estratégia para a PrS (Germani & Aith, 2013) e uma atividade muito mais

limitada em enfermagem (Casey, 2007). Os professores da Escola B, embora os considerem diferentes, acabam por os utilizar da mesma forma:

(...) Eu vejo a EpS mais como uma estratégia para a PrS (...) a EpS é (...) tudo o que eu faço, todas as estratégias que eu utilizo, para que (...) haja (...) PrS, mas elas tocam-se (...) são conceitos interdependentes. (Ent3PA)

Teoricamente (...) acabamos por os utilizar (...) da mesma forma, embora a PrS não seja exatamente a mesma coisa que a EpS, porque educar para a saúde é mais na perspetiva do indivíduo, (...) de sessões, promover a saúde é mais abrangente e (...) acaba por englobar a EpS. (Ent9PB)

Na seguinte unidade de registo, parece entender-se, que para os professores das duas Escolas a EpS é mais abrangente que a PrS, pois esta não seria necessária se se desenvolvesse eficazmente a EpS e esta é mais complexa no modo como os profissionais se colocam na comunicação com o outro. A evidência científica salienta que PrS é um processo muito mais amplo que engloba a comunidade e saúde da população, saúde pública, CSP, política de saúde e equidade social, embora possa conter EpS, mas não o contrário (Whitehead, 2003; 2007; Whitehead et al, 2008). Parece também não existir clareza acerca dos princípios próprios ao conceito de PrS (Whitehead, 2004; 2009; 2011b):

Se eu tenho de promover alguma coisa, não está bem, senão não precisa de promoção, (...) é sinal que a EpS não está bem, então não precisamos de a promover, mas será que se a EpS estivesse a níveis razoáveis (...) nós deveríamos estar preocupados com promover a saúde, (...) a promoção só acontece, porque a educação não é feita atempadamente depois, queremos promover a correr, na saúde, não há promoções aceleradas (...) se as há, caem de repente. (Ent11PB)

(...) A EpS (...) tem mais a ver com a forma como eu comunico e como eu estou nessa transmissão dessa informação ou da experiência que eu estou com os outros, portanto, educar (...) é mais complexo do que promover. (Ent6PA)

Outros professores da Escola A veem a EpS como atividades planeadas relacionadas com o contínuo saúde-doença, o que está em concordância com Green & Simons-Morton (1988) que referem que EpS é uma combinação de experiências de aprendizagem planeadas para facilitar a adoção voluntária de comportamentos saudáveis.

A EpS são as atividades planeadas que promovem a aprendizagem das pessoas relacionadas com o fenómeno saúde- doença adaptando-se estas à realidade do contexto. (Ent4PA)

Os professores das duas Escolas veem a EpS da mesma forma que viram a PrS, orientada para um objetivo que é a mudança de comportamentos, não produzindo conhecimento efetivo nos estudantes:

A nível da EpS tem que ir de encontro ao grupo, (...) à temática que seja pertinente e (...) do interesse deste grupo, porque senão (...) não conseguimos que haja uma mudança de comportamentos, uma mudança de atitude relativamente ao grupo que está a ser sujeito e que está a receber este tipo de educação. (Ent10PB)

(...) A EpS entra aqui numa lógica de processo, (...) que permite em conjunto com as pessoas a mudança de comportamento. (Ent16PA)

Também os professores e estudantes da Escola A, referem que a EpS vai no sentido da prevenção da doença, o que se enquadra nos níveis de prevenção de Leavell & Clark (1978) em que as intervenções são orientadas para evitar o aparecimento de doenças/problemas específicos e segundo Buss (2000) a EpS é fundamental para este objetivo e organiza-se através de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (Czeresnia & Freitas, 2003):

Educar para prevenir é o que fazemos (...) através de medidas sobre o exercício físico, sobre alimentação (...) para prevenirmos determinadas doenças cardiovasculares, (...) no risco de quedas prevenir (...) podemos

educar as pessoas, (...) mas não as conseguimos dotar dos meios, para que elas as possam evitar, têm que ser elas a procurar os meios. (Ent5PA)

Considero que desenvolvi PrS, pois foi importante a minha intervenção para prevenir complicações nos pés. (OP25-CEPNPCD - 4ºA/2ºS-EA)

A EpS também é entendida pelos professores da Escola B, como indo além do conceito de saúde, focando a qualidade de vida, estilo de vida e bem-estar.

(...) A EpS, na minha perspetiva, deverá ser entendida como ir mais além do contexto da saúde, (...) seja cultural social ou outro, (...) digo, isto (...) numa perspetiva do melhor estilo de vida, da melhor qualidade de vida, do melhor bem-estar subjetivo e a nossa intervenção tem essa particularidade enquanto profissionais de saúde. (Ent12PB)

Os excertos seguintes resultantes de reflexões dos estudantes da Escola A, remetem para a dimensão tempo na EpS com a finalidade de PrS e todas as condições ligadas às pessoas em interação e nas características do enfermeiro no sentido da compreensão da resistência à mudança, pela pessoa. Na avaliação das pessoas, os enfermeiros não devem ir somente à procura do porquê da resistência à mudança, mas procurar ter um entendimento da capacidade de compreensão das pessoas acerca da sua situação de saúde, da sua capacidade de gestão a capacidade de investimento (Antonovsky,1993):

(...) O processo de EpS visando a PrS, é um processo moroso cujo tempo de obtenção de resultados é relativo, dependendo de (...) condições socioculturais e emocionais do utente (...) ambientais, quer para o utente, quer para o profissional de saúde. (REFL1-3ºA/2ºS-EA)

[EpS] está (...) dependente das características pessoais do Enfº, uma vez que é um processo que requer (...) sensibilidade para perceber o que está na base das dificuldades e resistência à mudança reveladas pela pessoa para adaptar da melhor forma as estratégias (...). (REFL1-3ºA/2ºS-EA)

Os professores da Escola A concebem o bem-estar como um conceito subjetivo, mas intimamente relacionado com o conceito de saúde, numa perspectiva dinâmica, o que vai ao encontro do referido por Bowling (1994); Carcel (2000); Galinha & Ribeiro (2005), porque não significa ausência de doença, mas pode englobar noções de felicidade, satisfação e gratificação em relação à saúde, afetividade, sociabilidade, cultura e economia e ter uma profissão, o que se articula com a qualidade de vida:

O bem-estar é a forma como a pessoa se sente melhor e mais realizada, (...) seu projeto de vida, (...) é um conceito muito abrangente, muito subjetivo (...) tem sido muito estudado na perspectiva do bem-estar psicológico, mas vai além disso, vai (...) ao bem-estar físico, social, o sentir-se bem integrado socialmente, profissionalmente, sentir-se a caminho da realização, porque nunca se está completamente realizado. (Ent1PA)

Dizem os professores da Escola B, que a qualidade de vida também tem a sua subjetividade, mas está articulado com o conceito de saúde e bem-estar e está relacionado com o modo como a pessoa se identifica e interage no mundo que a rodeia, sendo influenciada por ele (Martínez & García,1994), na sua cultura e sistema de valores.

A qualidade de vida é (...) um conceito em que uma das matrizes (...) é a sua subjetividade, digamos que consiste na avaliação pessoal e global dos bens e das características satisfatórias da vida, (...) e outra matriz ao conceito de qualidade de vida é a sua multidimensionalidade (...). (Ent12PB)

Os professores das duas Escolas associam estilos de vida a comportamentos adquiridos por socialização, podendo estes serem “reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (Despacho n.º 1916/2004, p. 1493). São baseados em padrões identificáveis de comportamento, determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, interações sociais e condições de vida socioeconómicas e ambientais que influenciam a saúde individual e a saúde coletiva (WHO, 1998).

(...) Estilos de vida (...) são comportamentos ou respostas que vamos adquirindo no dia-a-dia por cultura ou por socialização, mas que poderão ser vantajosas para a nossa saúde ou não, portanto os estilos de vida podem ser (...) uma forma de eu conseguir ou não ter qualidade de vida. (Ent7PA)

(...) Estilos de vida são atitudes, são comportamentos que nós vamos construindo com os exemplos que vamos tendo ao longo da vida (...) caso de uma criança que tem modelos dos pais e dos Profs e que (...) vai adequando os seus comportamentos de acordo com aquilo que vai apreendendo ao longo do ciclo vital. (Ent10PB)

Os professores da Escola A articulam prevenção com cuidados antecipatórios. Mas de que cuidados antecipatórios falamos? Os que são promotores de um desenvolvimento adequado, por exemplo, nas crianças, ou antecipatórios relativamente a complicações de doença ou preventivos de acidentes? É que segundo Czeresnia & Freitas (2003) enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença, ou o controlo da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outras específicas, a PrS visa aumentar a saúde e o bem-estar geral, aumentando as capacidades das pessoas e dos grupos, para lidar de forma positiva com os determinantes de saúde:

(...) Não descurando (...) a importância (...) com a HND e com os diferentes níveis de prevenção no sentido de os olharmos e percebermos como um todo e a importância que têm na saúde global e na enfermagem em particular, mas pensarmos e procurarmos estruturar com os Est. esta perspetiva de que (...) quando falamos em prevenção, falamos (...) numa linguagem de antecipação (...) toda a intervenção por antecipação. (Ent8PA)

Equacionando que atitudes, conhecimentos e competências deve ter o enfermeiro como promotor de saúde, são evidenciados pelos estudantes da Escola B como sendo aqueles que dão informação e que usam a persistência e o poder que são denominados por Kemppainen et al. (2012) como sendo os tradicionais educadores,

e que os classifica como promotores gerais de saúde, o que nos remete para um paradigma behaviorista, que ainda persiste na enfermagem:

(...) Um promotor deve ser dinâmico, (...) eu não sou daquele espírito que se a pessoa não está a ouvir eu não vou mais abordar, (...) eu bato e bato e tanto bato que até fura... eu sou do tipo de pessoa persistente e é outra característica que o promotor tem de ter. (Ent4EB-4ºA/2ºS)

(...) Eu vejo o promotor de saúde como uma pessoa que não baixa os braços, (...) se a pessoa não quer ouvir nós continuamos a dizer, (...) devemos ser assim, investir, investir, investir ... A coisa é tantas vezes repetida que alguma coisa tem que ficar na cabeça... (...). (Ent4EB-4ºA/2ºS)

Os professores da Escola A salientam atitudes e características pessoais, que o enfermeiro como promotor de saúde necessita possuir, como a flexibilidade (Burke & Fair, 2003; Rush et al., 2005). Realçam ainda que necessitam ter conhecimentos do projeto de saúde das pessoas e dos seus estilos de vida, o que pressupõe uma avaliação consistente da pessoa e do meio onde está inserida:

Enquanto promotor da saúde, (...) os pressupostos têm a ver com o autoconhecimento do En^{fo}, (...) o conhecimento do projeto de saúde individual das pessoas, conhecimento dos estilos de vida das pessoas e flexibilidade ou adequação do conhecimento formal do En^{fo} àquilo que são os estilos de vida das pessoas. (Ent2PA)

Emerge ainda nos excertos dos professores das duas Escolas, que um promotor de saúde precisa ter formação em multiculturalidade para aquisição de competências, para intervenção de enfermagem com as pessoas no seu contexto, a fim de garantir “a coerência cultural nos cuidados” (Reis, 2014, p.46):

Se nós olharmos, (...) para as questões da valorização multicultural da comunidade e nós vemos (...) em termos de perfil de competências dos En^{fos}, (...) os documentos da Ordem, padrões de qualidade (...) documentos ao nível europeu, (...) fala-se muito na necessidade de que o En^{fo} seja um

profissional capaz de se adequar às particularidades culturais das comunidades e isso significa flexibilidade, (...) abertura, (...) quer dizer que para nos adaptarmos temos que conhecer exatamente o contexto onde estamos (...). (Ent2PA).

Há, por exemplo, o programa de etnia cigana e outros como o dos idosos (...) que (...) nos leva (...) a adquirir formação nesta área e estar mais perto da população. (Ent9PB)

Um outro aspeto que sobressai das falas dos professores e estudantes do CMEC da Escola A, é a capacidade de negociação (Bastable, 1997) com as pessoas, mas para isso tem que ter conhecimentos para direccionar o foco para aquela pessoa, de acordo com a sua etapa de vida. Por exemplo, há um reconhecimento crescente de que idosos ou famílias com doenças crónicas têm diferentes necessidades de PrS (Goodman et al., 2011; Kelley & Abraham, 2007; Jerden et al., 2006; Cross, 2005):

Eu não consigo promover saúde da mesma maneira com pessoas diferentes nem atingir os mesmos níveis de objetivos (...) com pessoas diferentes (...) pressupõe (...) uma capacidade e penso que é outro pressuposto, do En^o para a negociação dos cuidados (...) PrS está muito ligada (...) a este processo de negociação. (Ent2PA)

Um promotor de saúde, o perfil que deveria ter, é uma pessoa que está aberta, (...) que não deve impor, deve saber ouvir, (...) saber negociar, porque se eu impuser, eu não consigo chegar lá, mas se eu negociar, pouco a pouco, eu consigo nem que seja uma coisa de cada vez e se eu conseguir uma coisa, eu já consegui muito. (Ent20EA-CMEC).

Os professores da Escola A salientam ainda a importância do enfermeiro ter conhecimentos para mobilizar em situação de cuidados (Green & Simons-Morton, 1998), ajudando as pessoas a cuidarem de si próprias e a terem controlo das suas próprias vidas; ter os meios para ajudar a comunidade a avaliar alternativas possíveis; ter a responsabilidade de ajudar as pessoas, a terem objetivos definidos. Nos excertos a seguir transcritos, sobressaem o conhecimento sobre:

salutogénese, empowerment e outros relacionados com a PrS, e destacam também, que o enfermeiro deve conhecer os recursos e as parcerias, para dar resposta às pessoas, famílias e comunidade, o que implica um conhecimento profundo da realidade da comunidade, pelo que o diagnóstico de saúde é fundamental, para uma abordagem sistémica:

Depois há outro pressuposto [Enfº como promotor de saúde] (...) que é o empowerment no sentido da pessoa desenvolver as suas próprias competências na procura dessa sua saúde, penso que é uma ferramenta que temos que desenvolver junto dos alunos para eles poderem (...) desenvolver junto das pessoas. (Ent6PA)

(...) Cada vez mais vamos orientando o Est. [como promotor de saúde] no sentido de adquirir as suas necessidades, (...) não é possível fazer PrS, sem ter conhecimentos base sobre os conceitos envolvidos e relação entre eles, quais as parcerias articuladas, quais os recursos que pode utilizar, para pôr em prática para facilitar a PrS (...) para facilitar a EpS (...). (Ent7PA)

Evidenciam os professores e os estudantes do CMEC da Escola A a necessidade de competências de comunicação e de relações interpessoais (Alvim & Ferreira, 2007; Loureiro & Miranda, 2010), com envolvimento, a fim de ser um facilitador e agente de mudança na comunidade, no trabalho com as pessoas (Araújo, 2004; Bastable, 1997). A comunicação é considerada na evidência científica como a mais importante das aptidões que o enfermeiro promotor de saúde, precisa de ter (Burke & Fair, 2003; Casey, 2007; Jerden et al., 2006; Kemppainen, et al., 2012). Ainda segundo Kemppainen et al., 2012), o trabalho com a comunidade exige dos enfermeiros uma postura proativa e agir como um defensor, pois o paradigma dominante da PrS assenta na advocacia para a saúde (WHO, 1986).

(...) Temos que lhe dar competências comunicacionais, (...) de relação interpessoal, por exemplo, (...) se nós pensarmos que ele [Enfº como promotor de saúde] vai estar contacto com pessoas, ele tem que saber como comunicar com as pessoas, (...) comunicar com uma pessoa com um nível

de literacia mais baixa ou com uma pessoa com um nível (...) de formação mais elevada (...). (Ent7PA)

[promotor de saúde] (...) O tipo de linguagem que utilizamos é extremamente importante, o saber olhar e estar atenta às expressões, (...) temos de estar atentos à linguagem não-verbal, porque (...) há pessoas mais reservadas e que não verbalizam, mas há um franzir de olhos ou um olhar por cima e aí vemos que a informação ali não chegou (...) saber olhar para as pessoas e saber comunicar. (Ent20EA-CMEC)

Ainda acerca destas competências os estudantes do 1º Ciclo da Escola A referem a importância da observação e do pensamento crítico criativo, o que lhes permite pensarem reflexivamente na ação e sobre a ação (Loureiro & Miranda, 2010; Watson, 2005):

Para ser promotor de saúde o Enfº tem de ser bom observador, ter um pensamento crítico em relação àquilo que vai fazer e (...) focar-se em pequenas coisas de cada vez. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Um outro conhecimento que os enfermeiros promotores de saúde necessitam ter, e relevado pelos professores da Escola B, é o saber trabalhar em equipa multidisciplinar (Jerden et al., 2006), pelo que é importante os enfermeiros terem conhecimentos mais abrangentes (Burke & Fair, 2003; Casey, 2007; Witt & Almeida, 2008; Whitehead, 2009), para que possam dialogar e discutir os casos das pessoas no seio da equipa, sendo que a evidência científica remete para os conhecimentos sobre: saúde nos vários grupos etários; epidemiologia e processos de doenças e teorias de PrS. Carecem também de conhecimentos dos fatores económicos, sociais, culturais e políticas de saúde e sua influência no estilo de vida e comportamentos de saúde (Burke & Fair, 2003):

(...) O trabalhar em equipa (...) multidisciplinar, (...) estamos a falar do Enfº (...) promotor de saúde não pode ter a pretensão de conseguir fazer isso sozinho, na minha perspetiva é um elemento importante e fundamental. (Ent9PB)

Os professores da Escola B sugerem que seja trabalhado com os estudantes os hiatos entre a teoria e a prática nesta área da PrS, entre o que é defendido pelos professores e a prática de cuidados (Poskiparta et al., 2000; Silva, et al., 2007; 2009; Whitehead, 2007):

(...) Existem outros aspetos que penso que são importantes [promotor de saúde] (...) que podem ser trabalhados e desenvolvidos, desde a (...) congruência entre o que defendemos e o que praticamos (...). (Ent13PB)

Sobre a posição e o lugar da PrS no currículo os professores da Escola A sugerem uma UC com conceitos principais, mas ser mais extensiva e com visibilidade, (Holt & Warne, 2007; Sjogren et al., 2003; Whitehead, 2007) na perspetiva em que são defendidos os conceitos metaparadigmáticos e a visão sistémica e ecológica da pessoa:

(...) [PrS] é algo que tem que enformar todo o currículo, (...) nos conceitos metaparadigmáticos da enfermagem, (...) dentro do próprio conceito de saúde e das diferentes dimensões desse conceito (...) a PrS é fundamental e se um currículo assume na sua estrutura e na sua conceção a perspetiva (...) da PrS, esta perspetiva de olhar (...) as pessoas, olhar as situações numa perspetiva sistémica e ecológica, multiparadigmática (...) se o nosso paradigma é este, esse conceito não se pode dissociar em momento algum, (...) da operacionalização do currículo eu tenho que lá ver a PrS, assim como tenho que ver a enfermagem, declaradamente. (Ent8PA)

Os professores da Escola A consideram ser de existir no Curso de Enfermagem, uma UC com os conceitos básicos da PrS (Poskiparta et al., 2000; Whitehead, 2007; Figueiredo & Amendoeira, 2014b) e com aulas práticas para simulação. A este propósito a WHO (2000a) na Declaração de Munich pediu a inclusão explícita da PrS em todos os currícula de enfermagem e Whitehead (2007) defende que a PrS precisaria de constituir-se num grande tema visível nos currícula de graduação e de pós-graduação. Nos PECMEC/CPLEEC das duas Escolas existe uma UC de PrS, mas não nos PECE:

(...) O que faz falta ou (...) que os alunos beneficiariam era que (...) existisse uma (...) UC que fosse dando oportunidade (...) de experienciarem, (...) revendo alguns conteúdos relacionados com aquilo que eles estão a necessitar, (...) como é que vamos fazer PrS a um indivíduo, (...) mas tendo como visão mais global na família (...) ter esse período que antecedesse (...) estágio algum momento, em que eles (...) pudessem discutir isto entre eles e o Prof (...) é isto que eles nos dizem quando chegamos a estágio. (Ent4PA)

(...) Pode ser uma UC se pensar em todos os conceitos (...) que estão associados e que são importantes, (...) uma UC que permita mobilização ao longo dos anos, teria que ser uma UC inicial que os alunos pudessem, com melhores capacidades utilizá--la ao longo do curso de enfermagem, (...) fazia sentido, ser uma UC. (Ent7PA)

Professores da Escola B referem, que apesar de existirem alguns conteúdos com visibilidade no curso, sentem a necessidade de uma UC no 1º ano do curso:

Nós não temos (...) um módulo na licenciatura, o que temos no 3º ano (...) alguns itens dos conteúdos programáticos, (...) tem lá alguns aspetos de se abordar a PrS, (...) faria sentido, (...) no 1º ano termos alguma UC de PrS específica, no meu entender (...). (Ent10PB)

Os professores da Escola A consideram ser importante haver uma UC de PrS, dirigida por um professor, que faça a transversalidade ao longo do curso e que domine os conteúdos, para a fazer passar do plano ideológico para o plano real da Enfermagem:

[UC de PrS] (...) O que me parece importante é que seja para um Prof, independentemente da área que se aproprie deste conceito como (...) transversal à enfermagem, com outro conceito (...) que também tem a ver com a PrS que é a valorização cultural das pessoas e dos grupos, é exatamente a mesma noção, tem que partir da “letra morta” dos documentos, para aquilo que é a vivência da enfermagem. (Ent2PA)

Outros professores sugerem haver uma UC transversal ao longo do curso:

Em termos curriculares na minha perspetiva era (...) haver, não sei se lhe devo chamar PrS (...) haver uma UC que fosse transversal a todo o curso, (...) mobilizando os conhecimentos que se iam adquirindo em todos os momentos chave, apelando a todas as questões centrais relacionadas com a PrS para que (...) isto fosse sendo integrado, faseadamente. (Ent8PA)

Outros professores consideram estar bem de forma transversal, é preciso é que os pares detenham esta transversalidade, pois vai depender muito da conceção, que os mesmos tenham acerca dos conceitos envolventes e como os mobilizar e integrar, mas como temos vindo a analisar, os conceitos não estão claros entre os mesmos:

(...) Ela [PrS] é transversal e é comum, à medida que os conteúdos são abordados é que nós temos que canalizar e trabalhar a PrS na área que estamos a trabalhar, (...) os conteúdos têm que ser sempre mobilizados (...) quer a nível do 1º ano, 2º, 3º ou do 4º, articulando-se depois com as áreas mais específicas que eles estivessem a trabalhar. (Ent3PA)

(...) Em termos mais conceptuais, teóricos, ela [PrS] tem que estar vinculada (...) a uma UC, mas (...) tem de ser transversal, porque se ela não for (...) nós não conseguimos promover a saúde da forma como nós pretendemos que seja global, para todo o indivíduo, para a comunidade, para o contexto onde ele se encontra (...). (Ent9PB)

Os conteúdos que os professores das duas Escolas consideram ser da PrS, estão alicerçados e são mobilizados a partir das patologias, e aí podemos estar mais numa lógica, do que é a doença e a prevenção dos fatores de risco e das suas complicações. É preciso descodificar, quais os conceitos relacionados com a PrS e quais as áreas onde é identificada a necessidade de educar para a saúde. O paradigma da salutogénese não deve ser dominante sobre o paradigma da patogénese, mas caminhar paralelamente (Antonovsky, 1991, 1993; 1996):

(...) Na forma como eu vou desenvolvendo as atividades, tento sempre (...) que a minha intervenção no desenvolvimento dos conteúdos da enfermagem

ocorra (...) numa fase posterior, (...) por exemplo, (...) da fisiopatologia, (...) do 2º ou 3º anos, (...) tento ir buscar os conhecimentos já adquiridos no contexto destas UC e trazê-los para o desenvolvimento no âmbito da enfermagem e associá-los, (...) porque é que neste contexto é importante desenvolver PrS neste ou naquele aspeto, (...). (Ent5PA)

(...) [PrS] está de uma forma transversal, porque quando eles chegam ao 3ºano, (...) eles já têm conhecimentos das outras áreas que vão ser, (...) integrados e estou por exemplo, a falar (...) no que se refere à doença, (...) à diabetes e a outras situações em que, (...) num contexto de internamento (...) também têm essa vertente de promover os cuidados da saúde do indivíduo e da família. (Ent9PB)

No que concerne aos conteúdos abordados no 1º Ciclo, os professores da Escola A manifestam, que a PrS tem fraca visibilidade no currículo, ficando ao critério dos professores a sua abordagem:

(...) Os conteúdos que o currículo tem (...) da PrS, (...) não têm uma importância muito grande, (...) não é visível, fica (...) ao critério das conceções dos Prof, a forma como vão direcionando os vários conteúdos que são abordados para essa área, (...) falta algo mais explicitado, muitas vezes fica no implícito e o implícito, é difícil de avaliar se foi conseguido ou não. (Ent1PA)

Conceptualmente, (...) não assumimos de todo a PrS no currículo, porque (...) não se encontram as orientações major e fundamentais relativas à PrS, (...) isso implicaria que (...) se assumisse a PrS como um conceito chave da conceção curricular e na atualidade não está assumido, (...) não é visível (...) essa afirmação, (...) essa valorização. (Ent8PA)

Aquilo que se diz hoje neste currículo (...) é tudo por "flash", aqui dá-se uma informação (...) ali diz-se outra (...) e depois mais à frente outra, não há uma continuidade (...) os conhecimentos que teremos que oferecer ao Est. (...) terão que ter em conta pressupostos da PrS, (...) têm de ser articulados ao

longo do tempo que o aluno vai necessitando deles de forma transversal.
(Ent4PA)

O excerto seguinte parece indiciar que há abordagem da PrS no início do curso, mas dificuldade na apropriação por parte dos estudantes, do que é a cidadania e ser cidadão no SNS, o que pode estar relacionado com a imaturidade dos estudantes, mas também pelas estratégias utilizadas pelos professores. A PrS está associada a valores coletivos, entre os quais a cidadania (Buss, 2000; WHO, 1986) e é um dos eixos estratégicos do PNS 2012-2016 (DGS, 2012a), pelo que é importante a sua abordagem e a sua apropriação pelos estudantes:

[PrS] É uma perspetiva conceptual (...) operacionalizada (...) numa fase muito inicial e (...) muito precoce, (...) porque os Est. têm dificuldade em se apropriar dela, (...) nós trabalhamos com eles (...) ao nível da organização do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema Nacional de Saúde, o que é isto na (...) cidadania. (Ent2PA)

Um outro aspeto que focam abordar, é a compreensão holística da pessoa no seu contexto, e o impacto que tem em falar de saúde àquelas pessoas, e dar a resposta mais adequada, atendendo a esse mesmo contexto (Poskiparta et al., 2000). O holismo é um dos princípios chave a considerar nas iniciativas de PrS (WHO, 1986). Também o PNS 2012-2016 (DGS, 2012a) refere que os profissionais de saúde têm deveres para a cidadania, em que destaca avaliar o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade e cuidar holisticamente das pessoas:

(...) Digo sempre (...) quando falo com os alunos, (...) perceber o que é a pessoa na sua circunstância e isto quer dizer muito, (...) percebermos até que ponto é que para a pessoa naquela fase de vida com a vivência que tem, faz sentido, falar da sua saúde daquela maneira ahahah, falar, abordar ou utilizar estratégias para isso. (Ent2PA)

Ainda a nível dos conteúdos abordados na Escola A os professores referem a EpS como uma estratégia da PrS (Stanhope & Lancaster, 2011; Germani & Aith, 2013) Segundo o DOET-1ºA-EA, o que se aborda são as estratégias de EpS com três horas teóricas atribuídas:

No 1º ciclo (...) eu penso que se trabalha de uma forma ampla e que se trabalha, não tanto a promoção, mas mais a EpS como uma estratégia da PrS (...) no 1º ano isso é abordado. (Ent3PA)

Relativamente ao 2º ano do curso é verbalizado pelos professores da Escola A, ser abordado a cidadania, estratégias de intervenção, (...) settings de intervenção e formas de avaliação, para grupos específicos da comunidade. No DOET-2ºA-EA, estes conteúdos não estão explícitos, pelo que transparece ser uma necessidade sentida, pelos professores que fazem esta abordagem:

(...) Trabalhamos com eles estes conteúdos [cidadania] mais em profundidade ao nível do 2º ano, (...) quando trabalhamos (...) comunidade (...) em relação ao diagnóstico de situação de grupos. (Ent2PA)

No ensino teórico a PrS está integrada na saúde do idoso, no 2º ano quando se aborda a singularidade da saúde do idoso no desenvolvimento das suas atividades de vida (...) há outras colegas que abordam do jovem e do adulto e faz-se um pouco a abordagem do que é a PrS para aquele grupo etário. São abordados conteúdos referentes a estratégias de intervenção (...) settings de intervenção e formas de avaliação. (Ent4PA)

Os estudantes da Escola A realçam a abordagem de PrS e EpS com grupos, no 2º ano, mas não realçam o quê. De acordo com o PECE-EA no 2º ano não está explícito o que é abordado neste âmbito, ficando ao critério de cada professor que aborda os conteúdos sobre Enfermagem, no jovem, adulto e idoso, saudáveis:

(...) No 2º ano (...) foi quando se deu mais enfoque à PrS e EpS em que houve diversos conteúdos que foram (...) mobilizados ao nível das

competências para atuar (...) em grupos, (...) em indivíduos. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Ainda no 2º ano os professores da Escola A mobilizam as fases da HND (Leavell & Clark, 1978) e a EpS nas intervenções médicas e cirúrgicas, considerando estas como PrS, pois a HND apresenta a PrS como um dos cinco níveis da medicina preventiva (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003). De acordo com Lefevre & Lefevre (2007) desde a clássica formulação da HND, a PrS vem sendo entendida como um subconjunto da prevenção, como o nível mais básico, abrangente e inespecífico de prevenção primária:

Quando entramos (...) Enfermagem Médico-Cirúrgica, [2º ano] (...) há sempre uma parte integrante que visa as intervenções no âmbito da EpS no doente que se encontra naquelas situações, o que é que eu posso fazer, tendo em vista a prevenção primária, secundária ou terciária, (...) voltam aqui a estar integradas as intervenções no âmbito da PrS. (Ent5PA)

(...) De que forma eu posso ou devo prevenir uma infeção renal, (...) aportes hídricos, (...) quando tenho um indivíduo idoso, de que forma esse aporte, deve ser feito, tudo isto são aspetos que estão a promover a saúde daqueles indivíduos. (Ent5PA)

No 3º ano o que sobressai ser abordado, nas falas dos professores da Escola A, é a EpS para prevenção dos fatores de risco e abordagem com foco na doença. Sugere-nos assim haver uma maior tendência dos professores para o paradigma patogénico e de EpS centrada nos fatores e comportamentos de risco (Buss, 2000; Carvalho, 2004a; Green & Simons-Morton, 1988; Heidemann, 2006; WHO, 1998), seguindo uma orientação do modelo de enfermagem de Pender (1996) que se baseia na teoria de aprendizagem social de Bandura (1977).

A evidência científica diz que tem havido discussão, sobre como incluir a PrS em programas de enfermagem e como redirecionar a formação do enfermeiro de uma orientação centrada na doença para uma ideologia de PrS (McIlpatrick, 2004; Whitehead, 2003). Nesta sequência dizem Bevis; Watson (2005) que os professores estão mal preparados para lecionarem além dos currícula behaviorista:

No 3º ano, (...) em termos da PrS o que é abordado tem mais a ver com a prevenção da doença, porque (...) começam a falar da pessoa doente e o que lhes é (...) pedido é que promovam a saúde da pessoa tendo em conta a sua patologia, ou as suas necessidades, mas que (...) decorra de uma doença. (Ent4PA)

Ainda centrados na prevenção da doença, os professores entendem a PrS apenas em ensinar regras e procedimentos, o que vai ao encontro do referido por Whitehead (2003) e Whitehead et al. (2008), relativamente aos enfermeiros, evidenciando que estes referem desenvolver PrS como parte integrante das suas funções, mas a probabilidade, é que o que eles chamam de PrS, provavelmente, representa a tradicional prática de EpS preventiva, através de estratégias com os clientes individuais em termos de comportamento e mudança do estilo de vida. De acordo com (Bevis, 2005a) ensinar regras e procedimentos, não leva à compreensão das pessoas, nem ao modo como elas lidam com a saúde e com a doença:

(...) 3º Ano, (...) conteúdos relacionados com a intoxicação química e medicamentosa, em que é abordada a (...) intervenção de enfermagem perante a intoxicação provocada por um organofosforado ou outro produto químico, (...) é abordado (...) todas as questões da PrS e prevenção dessa intoxicação (...) como o agricultor, ou as comunidades, (...) que cuidados deve ter quando guarda os seus produtos químicos, quando os utiliza para sulfatar e utilizar, são (...) mobilizadas aqui as particularidades (...) aspetos da EpS (...). (Ent5PA)

Ainda no 3º ano os professores da Escola A realçam a PrS nos cuidados ao doente do foro mental e psiquiátrico e nas situações de urgência. Ora para que os enfermeiros sejam promotores de saúde no século XXI e responder às exigências deste mesmo século, é importante que os professores pensem que enfermeiro querem formar e que papel irá desenvolver (Bevis & Watson, 2005) tornando-se necessário, que os professores abandonem o paradigma da abordagem tradicional de EpS, centrada na transmissão de conhecimentos e prevenção de doenças, para

um paradigma de abordagem construtivista de “empowerment das pessoas” (Poskiparta, et al., 2001; Whitehead, 2009; Figueiredo & Amendoeira, 2014b):

(...) No âmbito da saúde mental e psiquiátrica (...) é reforçado a PrS no âmbito da pessoa saudável, e (...) na pessoa que já está afetada por esta ou por aquela situação fisiopatológica. (Ent5PA)

(...) A pessoa... que está em situação de urgência no âmbito dos cuidados hospitalares ou no âmbito dos CSP, situações que são detetadas e nas quais há emergência na intervenção, em qualquer uma delas e em qualquer dos contextos, a PrS está integrada (...) no âmbito da EpS (...). (Ent5PA)

A nível do 4º ano da Escola A os conteúdos estão voltados para a intervenção na área de saúde materna e obstetrícia e pediatria, o que se enquadra no referido por Beldon & Crozier (2005); Domian, Baggett, Carta, Mitchell & Larson (2010) que os enfermeiros desenvolvem PrS nesta área. No PECE-EA, não há qualquer referência à PrS, junto da mulher grávida, da parturiente e da puérpera em situação de saúde e doença, mas surge no DOET-EA:

[4º ano] (...) o que se procura trabalhar com o aluno é no sentido de eles perceberem se o papel do Enº na EpS tem em conta (...) aquilo que nós consideramos e que trabalhamos com eles, (...) a individualidade daquela mulher, [grávida] (...) daquele contexto, os aspetos culturais, a experiência daquela mulher, (...) se o Enº na EpS que faz ou na promoção se tem em conta todos estes aspetos ou se é feito de uma forma “igual para todos” não respeitando aquilo que (...) deve ser a EpS. (...). (Ent3PA)

Mesmo numa área como a materno infantil sobressai por parte dos professores a ideologia comportamental e da prevenção da doença quando Beldon & Crozier (2005); Domian et al. (2010) referem que os enfermeiros necessitam de trabalhar em parceria com as mulheres e famílias, para facilitar as decisões sobre os cuidados necessários antes e após o nascimento:

(...) Estágio materno infantil (...) integramos as prevenções da saúde, prevenção do acidente da criança que é dado muita ênfase no desenvolvimento do nosso currículo, e (...) na criança já com afeção médica que pode levar a hospitalização e intervenção no âmbito da EpS (...).
(Ent5PA)

(...) PrS (...) o que eu leciono é (...) no âmbito de alguns desconfortos ou patologias, (...) levar os Est. a refletirem sobre a capacidade de levarem as utentes a ultrapassarem estes desconfortos e patologias, de alguma forma é promover-lhes a saúde, (...) é também proporcionar-lhes o bem-estar.
(Ent17PA)

Relativamente aos conteúdos abordados na Escola B, os professores referem que no 1º ano são abordados alguns conteúdos no âmbito das teorias de enfermagem. Estas permitem aos estudantes desenvolver o pensamento crítico e reflexivo na intervenção do cuidado com uma visão holística dos clientes:

(...) No 1º ciclo [1º ano] eu penso que eles falam as teóricas e também abordam mesmo que (...) mais ligeiro [PrS], mas a certeza absoluta não tenho, (...) mas os modelos teóricos (...) sei que falam na perspetiva positiva da saúde, falam destes conceitos da nova saúde pública, (...) para lhe dizer especificamente quais são, não sei. (Ent9PB)

Os estudantes da Escola B, referem que é lecionado o conceito de PrS. Será ser suficiente para o desenvolvimento de competências na prática de cuidados ao nível do indivíduo, família e comunidade, no âmbito do empowerment? Os estudantes não estão satisfeitos com o conteúdo abordado (Poskiparta et al., 2000):

(...) Não me lembro de nos terem mostrado (...) estratégias como promover, como educar, (...) a abordagem dos Prof neste tema não devia ser tanto pelo conceito ... (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

(...) Em termos de conteúdo (...) falámos mais no conceito da PrS, (...) de poder ser individual ou coletivo, (...) foi uma primeira abordagem, o explicar o que é mesmo a promoção, o que é a educação. (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

Os professores da Escola B revelam lecionar o conceito de PrS:

(...) A nível da licenciatura abordo aspetos relacionados com a promoção, em Enfermagem de Saúde Comunitária I que é lecionada no 3º ano (...), são lecionados conteúdos a nível da PrS enquanto conceito (...). (Ent10PB)

Salientam mobilizar o conceito de PrS nos vários programas nacionais de saúde e consultas de enfermagem numa perspetiva de mudança de comportamentos. O conceito de PrS não aponta para a mudança de comportamentos, mas para a capacitação das pessoas, para que possam alcançar o seu potencial de saúde, no que se refere a ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades bem como oportunidades, que permitam fazer escolhas para uma vida mais saudável (Lopes et al. 2010):

A nível da licenciatura abordo (...) questões mais operacionais (...) o programa nacional de saúde escolar, (...) falamos das áreas de intervenção, (...) como devemos intervir, (...) as metas que pretendemos atingir, sempre de acordo com o PNS e (...) na vertente dos diferentes programas nacionais de saúde onde (...) vamos trabalhar a área da promoção. (Ent10PB)

A saúde do idoso, (...) o programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, prevenção e controlo da diabetes e nestes conteúdos vamos sempre abordar o conceito de PrS, como é que nós podemos mudar (...) comportamentos e como é que nós podemos mudar este estilo de vida, (...) seja numa consulta de enfermagem no ensino individual, seja (...) um grupo específico para intervir no âmbito da PrS. (Ent10PB)

Referem também ser abordados os determinantes de saúde:

(...) Determinantes de saúde, (...) são abordados na Saúde Comunitária, (...) de uma forma mais superficial e penso que no 4º ano, (...) são abordados mais os determinantes de saúde de uma forma mais específica. (Ent10PB)

Os estudantes da Escola B salientam ter sido abordado a multiculturalidade, direcionada para a etnia cigana, o que contribui para combater as desigualdades em saúde:

(...) Nós tivemos no 1º ano uma unidade que falava (...) das culturas a nível internacional, quando falei da etnia cigana (...). (Ent7EB- 3ºA/1ºS)

Os professores salientam a abordagem da pessoa no seu contexto, valorizando o ambiente na saúde da pessoa (Poskiparta et al., 2000). O contexto, assim como a pessoa, têm características, que são influenciadoras de desenvolvimento que em interação com características individuais, podem facilitar ou não o desenvolvimento (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner (2002). Salientam abordar os aspetos éticos na PrS, o que se insere no *Standard 7* da prática profissional dos enfermeiros (ANA, 2010) com contributos na interação com as pessoas na PrS, como a posição de advogado ético (Bevis & Watson, 2005), mas não são conteúdos específicos da PrS:

[4º ano] (...) Temos intervenções mais específicas na enfermagem comunitária II, onde se aborda o homem no seu ambiente e no seu meio, (...) de trabalho, ao meio de interação e já outras componentes mesmo relacionadas com as questões éticas (...). (Ent13PB)

Os professores da Escola B relevam ainda a abordagem do planeamento em saúde e suas etapas e elaboração de projetos, que é fundamental para a identificação das necessidades de saúde da comunidade, para posterior planeamento e intervenção que possibilitará implementar ações centradas nas pessoas após validação, mas não é conteúdo específico de PrS:

E no âmbito do próprio planeamento (...) Na enfermagem comunitária III, numa perspetiva (...) de diagnósticos de situação para intervenção posterior, onde abordamos (...) como é que se faz (...) levantamento de problemas prioritários, o que é o grupo alvo, o que é a nossa população, (...) que

estratégias, que recursos o trabalhar com parceiros, como estabelecer essas ligações. (Ent13PB)

Nós temos em enfermagem comunitária III (...) a elaboração de um projeto de intervenção comunitária com aplicabilidade prática (...), portanto como é que se deteta um problema, como é que o vamos priorizar (...) como é que vamos agora definir estratégias (...) adequadas ao grupo alvo, (...) como avaliamos, falamos (...) quer na avaliação após intervenção imediata, desde a participação do próprio utente, (...) de se ter comprometido, de ter sido bastante participativo na intervenção (...). (Ent13PB)

As expressões a seguir apresentadas pelos professores das duas Escolas reforçam a ideologia comportamentalista, em que os professores ainda se encontram face à PrS, sendo que nos currícula predomina o paradigma patogénico (Carvalho, 2007):

Eu leciono a PrS mental (...) em dez horas, o que significa que se dá um cheirinho de PrS mental, (...) significa que nós continuamos muito mais agarrados às patologias do que à promoção, (...) se não apostamos na promoção, cada vez temos mais patologias, cada vez seremos mais necessários nas patologias (...) é um programa que se cumpre, (...) mais para as patologias do que para a promoção, porque só essas é que são importantes, (...) um Prof que fale das patologias todas, é um Prof que sabe muito (risos). (Ent11PB)

(...) Por via das nossas dificuldades ancestrais e da forma como se tem trabalhado, relativamente à organização de cuidados, (...) corremos o risco das tais colagens ainda (...) em termos de conceção que embora, nós no discurso digamos que trabalhamos com estes modelos de conceção em enfermagem e o perfil é este, mas muitas vezes em diversas áreas científicas ao longo do curso (...) se sente, (...) aquilo que é o saber médico. (Ent2PA)

A nível do 2º Ciclo, como já referido, existe uma UC de PrS em que se faz a abordagem sobre os modelos e teorias, projetos na comunidade e dinâmicas de grupo com abordagens promotoras nos grupos. Dão ênfase ao enfermeiro enquanto líder de projetos e promotor de saúde na comunidade. A evidência científica destaca

que os enfermeiros precisam ter a capacidade de planejar, implementar e avaliar as intervenções de PrS e projetos (Fagerstrom, 2009; Runciman et al., 2006; Witt & Almeida, 2008), serem gestores de projetos de PrS, ter habilidades clínicas avançadas, assumir a responsabilidade na supervisão e serem líderes de pesquisa e desenvolvimento de ações de enfermagem e ter a capacidade de coordenar a educação e desenvolvimento das intervenções em unidades de cuidados de saúde e comunidades (Fagerstrom, 2009; Witt & Almeida, 2008):

No 2º ciclo desenvolvo a UC, iniciando com uma abordagem teórica sobre as teorias da PrS, sobre as dinâmicas de grupo faz-se uma abordagem de cariz (...) teórico-prático, (...) as mesmas constituem uma ferramenta que o Enfº que desenvolve abordagens promotoras da saúde a grupos, deve conhecer e (...) aborda-se (...) projetos na comunidade e (...) teorias organizacionais e comunitárias. (Ent5PA)

(...) Os mestrados têm uma abordagem mais específica numa UC que se chama PrS, onde são exploradas as teorias, os modelos, de uma forma mais específica da PrS. (Ent10PB)

A nível de 2º ciclo, (...) numa perspetiva de planeamento, (...) são conceitos que já estão presentes, (...) vamos analisar métodos, estratégias, mais áreas de montar toda uma estrutura de (...) um projeto de intervenção, de como interagir com os parceiros, portanto já uma componente um pouco diferenciada, (...) como operacionalizar um programa no terreno. (Ent13PB)

Os professores das duas Escolas dão sugestões de conteúdos a incluir no 1º Ciclo de modo a reestruturar o foco da aprendizagem (Bevis;Watson, 2005) no âmbito da PrS: conceito de PrS, qualidade de vida, estilos de vida, bem-estar, cidadania e pessoa no centro dos cuidados, literacia e outros conceitos relacionados, evolução histórica, contributos das Cartas e Conferências sobre PrS defendidas pela WHO, a importância das SEpS e sua operacionalização e sugerem que os estudantes, explorem esses conceitos, de modo a apropriarem-se dos mesmos, para facilitar a prática nos contextos:

Deve ter conteúdos, (...) alguma sequência ao longo dos anos, têm que ter coerência e devem ser atualizados, (...) que o currículo vise estes conceitos de qualidade de vida, (...) de estilos de vida, (...) bem-estar, (...) PrS e como é que ela foi desenvolvida ao longo dos tempos, (...) os contributos, (...) as cartas, as declarações, os documentos importantes na conceção (...) e no desenvolvimento do conceito da PrS, a importância de se fazer SEpS e como é que elas se devem fazer, (...) dar estes conhecimentos e permitir que os Est. explorem estes conceitos de forma a eles (...) conseguirem conceptualizar o seu próprio conceito e a própria definição com que eles se identificam, vai permitir que (...) depois associado à prática eles consigam explorar e colocar em prática tudo aquilo que apreenderam ao nível da teoria. (Ent10PB)

Sugerem trabalhar com os estudantes, estratégias educativas não apenas centradas nos conhecimentos mas também a outros níveis, como crenças de saúde, literacia em saúde entre outros, o que vai ao encontro do referido por Morrondo (2000), de que a formação dos estudantes de enfermagem precisa focar-se nos conhecimentos, nas aptidões e também nas atitudes relacionadas com o empowerment contribuindo para o aumento da auto-estima e da capacidade de tomadas de decisão das pessoas:

(...) As pessoas estão (...) muito ligadas à dimensão cognitiva, (...) do conhecimento e desenvolver estratégias educativas muito centradas (...) no conhecimento, quando na maioria das situações o que está na base são questões (...) psicológicas, psicossociais, (...) de crenças de saúde, de literacia em saúde, são questões muito diversas e é preciso trabalhar com eles [Est.] para que (...) se descolem desta perspetiva (...). (Ent8PA)

Um outro aspeto que sobressai é a importância da centralidade da pessoa no processo de cuidados (Amendoeira,2000) com poder de decisão nos mesmos:

(...) É preciso trabalhar [com os Est.] esta noção (...) que não há perdas nem ganhos de poder, há (...) o legitimar o papel de cada uma das pessoas no contexto dos cuidados (...) é (...) colocar a pessoa, (...) na perspetiva da cidadania, no centro dos cuidados, é fazer ver à pessoa, que naquele

momento e naquela interação, (...) a pessoa (...) o centro da nossa atenção e é ela que tem o poder da decisão relativamente aos seus cuidados de saúde. (Ent8PA)

Os professores sugerem ainda a abordagem de conceitos específicos da PrS, que os estudantes têm dificuldade em mobilizar ao longo do curso:

(...) Em termos de conceitos gerais (...) de orientações globais dos próprios programas de saúde, estão (...) focalizados em termos gerais ao nível do 1º ano do curso e o que eu sinto é que quando estou com os Est. no 1º ano e depois, (...) no 3º ano num estágio no âmbito da família e da comunidade, (...) há conceitos chave (...) da própria comunidade e da PrS que os Est. têm muita dificuldade em mobilizar. (Ent8PA)

Os professores da Escola A apresentam algumas reflexões, que justificam alguns dos dados, que temos vindo a analisar, de que sobressaem: a fraca visibilidade da PrS no currículo; o tempo para o trabalho com os estudantes para apropriação dos conceitos; a fraca visibilidade no currículo da enfermagem na comunidade associada à fraca determinação dos professores da enfermagem na comunidade face a professores de outras especialidades, para fazer prevalecer a PrS no currículo (Falcón et al., 2008; Sjogren et al., 2003; Whitehead, 2007). Dizem Bevis & Watson (2005) que é preciso mudar as relações entre os professores e entre estes e os estudantes, o que exige uma reconceptualização de ideias, entre as quais estão as matérias e o desenvolvimento curricular. Diz ainda Bevis (2005c) que sem novas configurações dos professores na compreensão e desempenho dos seus papéis, não advirão renovações no currículo:

(...) Tempos também não são muito dedicados (...) à visibilidade desta área, mas temos (...) quando estamos a trabalhar com colegas de outras áreas, nós [Profs da área da comunidade] também temos dificuldade (...) em que esta seja uma conceção a que se dê ênfase, a que se dê relevo. (Ent2PA)

(...) O que eu tenho sentido é muito pouca apropriação por falta de tempo, (...) ao nível do currículo, (...) do 1º ciclo (...) temos muito pouca visibilidade

do trabalho na comunidade, (...) na PrS, (...) temos (...) uma dificuldade muito grande que é no pouco tempo que nós temos e em que trabalhamos teoricamente com os alunos (...). (Ent2PA)

Os professores da Escola A deixam sugestão de reflexão para os pares, para que a PrS seja um conceito transversal ao curso, mesmo em situações de doença, o que significa que a salutogénese deve acompanhar a orientação patogénica e não tomar o seu lugar (Antonovsky, 1991, 1993, 1996). Por outro lado, ajudaria ao desenvolvimento global do estudante através de outros métodos e ajudaria a autopromover a sua saúde, o que se insere nos *Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education* (ACHA, 2012). A evidência científica menciona ser esperado dos enfermeiros, serem modelos saudáveis (Burke & Fair, 2003; Rush et al., 2005):

(...) Não se trata só (...) de privilegiar os pesos relativos em termos de estágio de UC de um contexto em relação a outro, [CSP e Cuidados Hospitalares], mas trata-se (...) de trabalhar este conceito, (...) era preciso que os docentes fizessem (...) um trabalho transversal entre eles, (...) porque o conceito da PrS, tem de ser um conceito transversal a tudo o que se trabalha em enfermagem, (...) não é um conceito dos CSP. (Ent2PA)

(...) Mesmo [dimensão patológica do currículo] faria todo o sentido (...) que houvesse (...) um acompanhamento teórico da PrS (...), porque as pessoas independentemente de estarem a vivenciar um processo de doença, (...) há muitas dimensões naquela pessoa, na sua saúde (...) global em que é necessário continuar a investir, (...) valorizar, estimular e otimizar e é nessa perspetiva que eu vejo que a PrS era fundamental, que houvesse uma forma de curricularmente não deixar de acompanhar, independentemente do contexto. (Ent8PA)

Esta questão dos enfermeiros serem modelos saudáveis e a auto PrS é referida pelos estudantes da Escola B, quer para os próprios, quer como apropriação para trabalharem com as pessoas. Os enfermeiros têm que ser modelos de saúde na população, na prática de atividades saudáveis (Burke; Fair, 2003; Rush et al., 2005):

(...) Lembro-me de determinados Profs, (...) mencionarem se nós próprios não promovermos a nossa saúde, não conseguiremos (...) fazê-la promover aos outros, tem que partir sempre de nós (...) o posicionamento, na sala de aula, se nós não nos sentarmos bem, se o próprio material não estiver adequado à nossa postura para que estejamos bem, não estamos a promover a saúde, porque mais tarde surgem várias patologias dessa situação. (Ent6EB-4ºA/2ºS)

Quanto aos conceitos complementares, estes advêm do contributo de outras UC para a especificidade da PrS. Contudo, os professores consideram que esta complementaridade devia ser mais objetiva e clarificadora para os estudantes, que se encontram numa etapa de vida que é jovem, em que a sua maturidade ainda não lhes permite fazer a reflexão, do que é isto de ser pessoa integrada num determinado ambiente. Bevis (2005c) relaciona os níveis de maturidade dos estudantes com as interações entre estes e os professores com os tipos de aprendizagem educativa, e os três primeiros níveis estão relacionados com a opressão por parte do professor, se forem episódios de treino e os dois últimos representam posições emancipadas, se forem episódios de aprendizagem educativa:

Promover a saúde, (...) a dificuldade (...) está na (...) complementaridade entre as diferentes UC no sentido de que lhes faça um sentido comum, (...) global, que (...) as peças do puzzle se encaixem (...) num referencial que é o deles, que é um referencial jovem, pouco maduro, sobretudo (...) da reflexão e daquilo que é o ser humano com toda a sua circunstância, (...).
(Ent2PA)

Os professores e os estudantes do 1º Ciclo da Escola A referem encontrar em UC complementares, contributos multidisciplinares para a operacionalização da EpS nas Metodologias de Formação e Formação em Saúde, no que se refere às estratégias:

(...) Sei que nas Metodologias de Formação se fala no desenvolvimento de determinadas estratégias (...) depois, vou para o estágio I para contextos de CSP e os Est. têm que dar corpo a essas estratégias (...). (Ent2PA)

Os professores da Escola A salientam, também, os modelos de EpS:

Eu procuro, (...) nas Metodologias de Formação, que os Est. (...) percebam que existem (...) modelos diferentes da EpS, enquanto estratégia para chegar, efetivamente, às (...) pessoas (...). (Ent8PA)

Um outro conteúdo mobilizado pelos professores da Escola A é o como fazer o planeamento de uma SEps:

(...) O aluno tem de perceber, (...) quando fazem o planeamento da SEpS, eles planeiam mediante os conteúdos teóricos que vão aprendendo nas Metodologias de Formação. (Ent4PA)

Os professores da Escola A referem trabalhar atividades lúdico-dinâmicas com os estudantes, para que comuniquem melhor a informação às pessoas:

(...) 2º Ano (...) Formação em Saúde (...) trabalhamos (...) com (...) uma psicóloga, (...) atividades lúdico-dinâmicas que têm a ver (...) como é que podemos ajudar os Est. a comunicar de uma forma mais lúdica, percebendo o espaço e a relação que media entre ele, a pessoa e os grupos de pessoas. (Ent16PA)

Os estudantes da Escola A salientam, que os professores mobilizam os conhecimentos dos objetivos e como elaborar o plano da SEpS:

Abordámos (...) Metodologias de Formação, (...) saber aplicar bem os objetivos para determinada situação, (...) aprender (...) entrar um pouco nessa vertente da promoção e da EpS, como fazer o plano da SEpS, tudo isso foi uma mais-valia (...). (Ent5EA - 4ºA/2ºS)

Os professores e os estudantes das duas Escolas mobilizam saberes da UC Ciências Sociais e Humanas (CSH). No âmbito da Psicologia na compreensão da pessoa como ser multidimensional e enquanto grupo com as suas especificidades e perceções do jovem sobre saúde, revoluções da saúde e relação com as mudanças de comportamentos, prevenção e comportamentos salutogénicos:

Eu aprendi em Psicologia que as pessoas são de determinada forma, (...) em termos psicológicos como é que o adulto funciona, como é (...) o jovem (...) ou o idoso (...) na enfermagem nós vamos fazer o aluno perceber como é que aquelas pessoas desenvolvem as suas atividades de vida, as especificidades em termos fisiológicos, a forma social da pessoa se desenvolver etc. (Ent4PA)

(...) A nível da Psicologia da Saúde onde falam das revoluções da saúde e o que contribuiu (...) para mudanças de atitudes, mudanças de comportamentos, (...) prevenção, (...) comportamentos salutogénicos, (...). (Ent10PB)

Na Psicologia (...) também foi preciso para perceber o jovem e (...) o que é que o jovem percebe e entende, quais são as visões dele a nível da saúde e não estar saudável e não ter esse estado de saudável (...). (Ent2EB-3ºA/2ºS)

No âmbito da Sociologia mobilizam os conteúdos relacionados com a compreensão da pessoa como ser cultural e saber interagir com a comunidade e intervenção familiar:

(...) Ciências Sociais e Humanas (...) a interação com as pessoas e a comunidade (...) saber como intervir e falar com as pessoas. (...). (Ent5EA-4ºA/2ºS)

(...) Há determinadas UC que (...) visam a (...) PrS, (...) qualidade de vida, posso falar da Sociologia da Família, que é uma vertente que faz a avaliação sistemática da família, enquanto grupo, enquanto intervenção. (...). (Ent10PB)

(...) Hoje a área da PrS não é uma ilha no meio do oceano, (...) nós temos necessidade de ir buscar outros contributos de outras áreas afins, o homem é um ser social, e por isso eu tenho que obrigatoriamente ir buscar (...) àquilo que a própria Sociologia estuda, o homem é um ser cultural, portanto eu tenho que estar atento àquilo que a própria Antropologia estuda (...).
(Ent12PB)

A categoria **Metodologias de abordagem** são ferramentas utilizadas pelos professores no ensino da PrS e na problematização dos conteúdos, enfatizando a necessidade de aprendizagem. Ajudam a refletir sobre a formação, sobre os modos de transmissão dos saberes e a forma como integrar a formação prática, com a produção dos saberes e com o saber ser em contexto profissional.

Os professores seguem a orientação didática com utilização de diferentes estratégias pedagógicas, como elementos que estabelecem relações com os estudantes (Amendoeira, 2009). Representam o como do processo de ensino, englobando ações a desenvolver pelo professor e pelos estudantes para a consecução dos objetivos.

Para a intervenção no âmbito da EpS e PrS os professores efetuam a abordagem dos modelos específicos no 2º Ciclo. Relevam o modelo de crenças de saúde (The health belief model) que parte das perceções individuais do que está certo ou errado e tem quatro dimensões: suscetibilidade percebida da doença; gravidade percebida da doença; benefícios percebidos e barreiras percebidas (Moreira, Santos & Caetano, 2009). Realçam também os modelos cognitivos e de aprendizagem social que correspondem ao “foco comportamental”. Estes inserem-se na segunda geração de EpS, que é centrada na mudança de comportamento, servindo a informação apenas como um elo do processo (Carvalho, 2007). Esta perspetiva conta com os contributos das teorias de aprendizagem (condicionamento operante, aprendizagem social, processos cognitivos), dos estudos sobre a motivação humana (modelo de Fishbein e Ajzen, comunicação persuasiva), resistências e dos instrumentos educativos e persuasivos para a mudança, centrados no indivíduo (Moreno et al., 2000), o que se coaduna com o modelo de Pender (1996):

A nível do conteúdo do 2º ciclo, (...) são dados todos os modelos, (...) da EpS, (...) modelo das crenças na saúde, o de empowerment (...) modelos comunitários, (...) é abordado a intervenção comunitária contextualizada que é um dos modelos (...) mais utilizados (...) exige que a pessoa participe e seja o alvo dessa intervenção. (Ent3PA)

(...) Modelos cognitivos (...) estudar a matriz subjacente à alteração de comportamento, (...) necessidade de nós conhecermos (...) essas alterações para depois nós irmos ao encontro (...) em termos de intervenção. (Ent12PB)

(...) Há (...) o modelo de intervenção social, modelo de intervenção psicológica na perspetiva de nós conhecermos as vertentes que estão subjacentes enquanto preditores do comportamento (...). (Ent12PB)

Um outro modelo referido pelos professores e estudantes do 2º Ciclo da Escola A, é o de empowerment inserido na terceira geração, “educação para a saúde crítica e participativa”, de investigação-ação (Moreno et al., 2000), caracterizado por decisões voluntárias em que a pessoa é olhada como ator responsável pela sua saúde, como participante ativo e criador de ambientes que favorecem a sua qualidade de vida e bem-estar. O modelo de empowerment como processo social multidimensional, visa a promoção de mudanças nas políticas públicas, para a conquista da autonomia, para as pessoas adquirirem o controlo sobre as suas próprias vidas e saberem fazer escolhas informadas, a capacitação para colaborarem nos processos de mudança das suas condições sociais e culturais (Squire, 2004), potenciando a participação comunitária:

(...) Quando passo para a avaliação da comunidade e aí o diagnóstico da comunidade (...) tenho mais facilidade em ver o empowerment comunitário, (...) penso que não há um modelo único (...) os modelos servem para dar suporte às situações com que nos confrontamos (...). (Ent5PA)

Os modelos de crenças de saúde e empowerment (...). (Ent20EA-CMEC)

Um outro modelo mencionado pelos professores, é o modelo comunitário (Russel, 1996). Este integra vários conceitos-chave: “reforço do poder”; “princípio de participação”. O conceito “selecção de um problema” que orienta para a necessidade de se identificarem problemas. O conceito “criar uma consciência crítica” teve as suas origens em Freire (1973) e faz com que as pessoas reflitam na sua situação e tomem as decisões concertadas:

(...) Ao nível da PrS o (...) modelo da (...) intervenção comunitária (...) tem de ser pró-ativo, (...) tem de ter o foco no cidadão e tem de dar resposta a essas situações que são identificadas e não chegar só e vamos falar disto ou daquilo. (Ent3PA)

(...) Um modelo de intervenção, um modelo comunitário (...) (Ent12PB)

Com base nas falas dos professores e estudantes do 1º Ciclo, as metodologias de abordagem, de um modo geral, ainda são centradas na transmissão de conhecimentos (Bevis, 2005c), através de aulas teóricas expositivas, com recurso à projeção de diapositivos, justificando o uso das mesmas, pelo tamanho das turmas e gestão do tempo (Castanho, 2002), o que indicia preocupação na abordagem de todos os conteúdos, mas não significa que negligenciem a qualidade do ensino. No entanto, este é um elemento isolado, e o professor perfilado com o conteúdo, serve de mediador entre o conteúdo e o estudante, não favorecendo o desenvolvimento da sua maturidade e o seu desenvolvimento transicional, prevalecendo um paradigma dominante de mudança de comportamentos. No sentido de evolução e de espírito transformador, recorrem a dinâmicas de grupo, para estimular as atividades:

(...) Porque (...) PrS é uma UC comum a vários mestrados e por (...) rentabilização de recursos humanos, nós juntamos vários mestrados numa turma só e temos uma turma com sessenta alunos, portanto a dinâmica de grupo de trabalho dentro da sala de aulas torna-se muito mais difícil. (Ent12PB)

Maioritariamente as estratégias são expositivas, (...) somos condicionados pela gestão de tempo e o que facilita mais (...) é o método expositivo (...). (Ent5PA)

(...) Método expositivo é a forma mais clara que eles [Profs] usam para nos mostrar um determinado tema (...). (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A manifestam, que apenas teoria é insuficiente, considerando que outras estratégias são importantes, para complementar e integrar o que foi aprendido em teoria:

(...) Só a abordagem teórica não é suficiente, (...) necessidade de fazer pesquisas, de ter experiências em outros estágios, de complementar aquilo que aprendemos. (Ent9EA-4ºA/1ºS)

Ainda centrados na transmissão de conhecimentos (Bevis, 2005c), os professores das duas Escolas fazem uso de vídeos e leitura de textos com discussões, como relatam os estudantes:

Utilizou PowerPoint, (...) vídeos onde se verificava a higiene do sono, se, (...) uma criança não tem aquelas horas de sono corretas o seu dia-a-dia na escola e a sua rentabilidade não são adequados, conseguíamos observar isso ... (Ent6EB-4ºA/2ºS)

Foi método expositivo, a pesquisa de textos para depois, falarmos em grupo e fazermos apresentações sobre isso, [PrS] (...). (Ent9EA-4ºA/1ºS)

Outras estratégias relatadas pelos estudantes do 1º Ciclo são os trabalhos de grupo, manifestando que estes lhes trouxeram contributos no âmbito da EpS e PrS na área dos jovens:

A nível teórico, (...) no 1º semestre do 2º ano (...) em enfermagem PrS (...) ao nível do idoso, do jovem e do adulto, através de alguns trabalhos pedidos pelos Profs, foi possível tirar alguns contributos a nível da EpS, (...) da PrS do jovem. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

No seguinte excerto não sobressai a orientação pedagógica do professor nos trabalhos feitos pelos estudantes, deixando ao critério de cada grupo como fazer e apresentar. A designação do professor libertador de Freire (1979) não expressa, deixar o estudante fazer da melhor forma que sabe, mas ajudá-lo a encontrar o caminho, a encontrar “padrões, significados, assunções e implicações”, através de um processo de análise, que forneça paradigmas para a prática (Bevis, 2005d):

(...) São distribuídos estes documentos, (...) e os alunos formam grupos de trabalho e que depois exploram (...) há grupos que (...) têm a preocupação de saber se em Portugal estas medidas, (...) foram implementadas a nível do sistema de saúde, a nível da (...) saúde (...) dos portugueses, há outros que apenas fazem uma leitura, fazem uma interpretação e depois, relacionam com a atualidade, o que é que (...) nós já conseguimos, (...) há quanto tempo é que isto surgiu e como é que está (...) a saúde neste momento, o que é que nós ainda temos de trabalhar de acordo com estes princípios para conseguir implementar o que foi preconizado e que tanto se luta para termos esta excelência. (Ent10PB)

No excerto seguinte parece prevalecer um paradigma dominante da mudança de comportamentos, mas como diz Bevis (2005d, p.185), “os professores ensinam como foram ensinados”, sendo necessário mudar para um paradigma de aprendizagem educativa, com capacidade de dialogar reciprocamente com os estudantes e de os colocar em diálogo uns com os outros:

(...) Enquanto docentes e (...) formadores na área dos promotores de saúde, (...) utilizar estratégias pedagógicas (...) a nível de sala de aula, com apresentação de (...) trabalhos em que nós queremos influenciar aquele grupo a mudar de atitudes, a mudar de comportamentos, (...) desenvolver determinadas características, a capacidade da comunicação, porque nós temos que (...) trabalhar (...) a técnica de transmissão de determinados conhecimentos, (...) da postura, o comportamento, o tom de voz, tudo isto é trabalhado numa vertente teórica e depois é colocado em prática quando vão para ensino clínico. (Ent10PB)

Os professores realçam as orientações do processo de Bolonha para a reflexão do estudante, mas este não foi compreendido da mesma forma por todos os professores. Estes podem preparar a aula, mas têm que estar preparados para a reorientar, em função do que resultar do diálogo com os estudantes neste novo paradigma de formação (Bevis, 2005d; Ferreira, 2009):

(...) O processo de Bolonha, (...) a sua filosofia é louvável, mas (...) o português tem de arranjar sempre pontas por onde lhe pegue para dar a volta a outras questões, (...) ouvi dizer que devemos mandar os alunos fazer trabalhos, porque Bolonha aponta para isso, (...) Bolonha aponta para a reflexão do aluno e não para a memorização, é como (...) métodos ativos da sala de aula e quais são os métodos ativos? Trabalho de grupo, (...) não é verdade, eu posso dar uma aula por método expositivo e ser uma aula ativa, (...) criamos estes conceitos na nossa cabeça. (Ent11PB)

Os professores referem seguir as orientações do processo de Bolonha com metodologias mais ativas, mas parecem estar ainda muito centrados numa aprendizagem por item (Bevis, 2005b); e não na estimulação para o questionamento do estudante, de colocar as suas dúvidas, as incertezas (Ferreira, 2009):

[Processo de Bolonha] (...) Começámos a recorrer a metodologias não só (...) de transmissão, (...) métodos mais participativos, situações de role playing, (...) estudos de caso, as vivências de experiências, o que é que correu bem, o que é que poderia ter corrido melhor e o que é que correu mesmo mal, por mais opções estratégicas de intervenção, (...) são percursos já (...) mais centrados no Est. para ele poder tirar (...) o máximo de potencialidades do tal saber público que está expresso nas (...) UC e que se pressupõe que será lecionado e (...) que o adegue às suas vivências e à sua forma de estar e de pensar. (Ent13PB)

A categoria **Orientações** refere-se a todas as diretrizes nacionais e internacionais, que têm como foco a PrS, com implicações para a enfermagem quer na construção do conhecimento, quer na prática de cuidados.

Acerca das orientações nacionais são referidas pelos professores da Escola A, a abordagem sobre os CSP. Estas surgiram com a Declaração de Alma-Ata em (WHO,1978), na qual sobressai a dimensão da PrS. Os CSP são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, permitindo a aproximação e o acesso a todas as pessoas aos cuidados de saúde e a sua participação. A era dos CSP surgiu nos anos 70-80 com foco na Saúde para Todos e na eficácia dos cuidados de saúde voltados para a comunidade e pela comunidade, enfatizando os cuidados na equidade, participação comunitária, acessibilidade e determinantes de saúde (Awofeso, 2004) e inclui a EpS sobre os problemas de saúde. Desde os anos 60 até à atualidade a construção do conhecimento em enfermagem tem trazido contributos para a abordagem do (s) fenómeno (s) complexo (s) que caracterizam a enfermagem do século XXI como uma área específica de conhecimento e de intervenção complexa em saúde (Amendoeira, 2006).

Os professores da Escola A realçam a Carta Hospitalar da Entidade Reguladora da Saúde (2012). Esta, embora não seja uma diretriz para a PrS, destaca alguns pressupostos como acesso e equidade, determinantes de saúde, que são valores coletivos da PrS (Buss, 2000; WHO, 1986). Falam também da Lei de Bases da Saúde, na qual o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, perspetiva a proteção da saúde como um direito e como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. Verifica-se haver lugar à responsabilidade coletiva pela saúde, envolvimento político e apelo ao trabalho de parceria e intersetorial.

Em relação ao 1º ciclo (...) tem sido abordado (...) 1º ano, (...) clarificação, do que são as linhas internacionais e inspiradoras da política nacional de saúde em Portugal e de que forma (...) são operacionalizáveis relativamente à nossa política de saúde e (...) a reorganização dos (...) CSP, (...) mas (...) numa fase, muito precoce em que os Est. vêm muito imaturos. (Ent2PA)

[1º Ano] falámos também (...) hospital português, lei de bases da saúde, (...) reorganização dos CSP em Portugal. O que se explora é a desconstrução da perspetiva de saúde por oposição à doença e a abertura a outras variáveis

ou determinantes de saúde que são (...) fundamentais em termos da mobilização desse tipo de dimensão nesses conceitos. (Ent2PA)

Na fala dos professores da Escola A sobressai a referência ao PNS 2012-2016 (DGS, 2012a). Este documento remete para vários aspetos entre os quais a responsabilidade na saúde dos cidadãos e setores da comunidade, a centralidade do cidadão nos cuidados, apresenta valores, que são intrínsecos à PrS; defende a saúde como um estado dinâmico de bem-estar; expõe eixos estratégicos, aos quais o enfermeiro tem que responder, enfatiza a literacia em saúde e empowerment e aponta para a partilha de informação e conhecimento numa cultura de capacitação e participação ativa do cidadão para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva:

(...) Nós mobilizamos desde o 1º ano (...) o PNS (...) temos todo um conjunto de programas, vão ser mobilizados (...) à medida que o currículo, as matérias e as UC se vão desenvolvendo, (...) o PNS (...) dá resposta às questões da PrS. (Ent3PA)

Relativamente aos programas nacionais de saúde, referidos como abordados pelos professores da Escola A, salientam premissas articuladas com a PrS e procuram responder às orientações políticas internacionais. O PNPCD (DGS,2007;2008) assenta em várias estratégias de intervenção, entre as quais a redução dos fatores de risco modificáveis e a implementação de programas de intervenção comunitária, no âmbito da prevenção primária, em parceria com outros setores. O PNSPI (DGS,2004) centra-se nas diversidades regionais e locais, fomentando as parcerias e a utilização dos recursos existentes. Implica o envolvimento da comunicação social, dos professores e de outros grupos profissionais, nomeadamente, ligados à segurança e aos transportes, dos responsáveis autárquicos e de todos os parceiros sociais, nas estratégias de intervenção dirigidas à saúde das pessoas idosas. O programa determina três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a ação que têm em conta a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema:

Existem documentos nacionais como o PNS, os programas específicos (...) o programa nacional de prevenção e controlo da diabetes, o programa nacional de saúde para as pessoas idosas, (...) são a (...) base para o desenvolvimento profissional. (Ent4PA)

O PNV (DGS,2012b) assenta na política de vacinação nacional e na prevenção da doença, apelando aos profissionais, para manter a confiança dos cidadãos na vacinação. A confiança é um dos princípios do empowerment favorável à participação dos cidadãos, criando ambiente relacional (Hermansson & Martensson, 2010). O mesmo documento apela ainda à importância da colaboração dos cidadãos e dos pais, para o cumprimento do PNV, pelo que os enfermeiros necessitam prestar toda a informação para a adesão, favorecendo a literacia em saúde (Santos, 2010):

(...) O PNS, os programas, todos os documentos (...) cada vez mais atualizados, como o plano nacional de vacinação e outros, (...) da DGS que se aplicam na prática (...). (Ent9PB)

No que se refere às orientações internacionais, os professores salientam a Declaração de Alma-Ata como a impulsionadora do conceito de PrS. Esta declaração não aborda diretamente o conceito de PrS, mas assenta em princípios inspiradores, que mais tarde são adquiridos e que sustentam a PrS, entendendo a saúde como um recurso que deve estar ao alcance de todos (Loureiro & Miranda, 2010). A saúde aparece associada não só a fatores biológicos, mas também psicossociais e articulada à responsabilização e participação das pessoas, comunidades e governos (Antunes, 2008) e dá relevo aos CSP:

O conceito da PrS iniciou-se nos anos 70 com (...) Alma-Ata (...) veio não contrapor o modelo biomédico, mas (...) complementar na vertente de promover a saúde numa perspetiva positiva do indivíduo, tendo (...) em conta toda a conjuntura (...) em termos económicos, veio trazer vantagens para o indivíduo em que ele se responsabiliza pela sua própria saúde, (...) vem-se valorizar o indivíduo nos cuidados da sua saúde. (Ent9PB)

Os professores da Escola A, no excerto seguinte, salientam a Carta de Ottawa (WHO,1986) como a impulsionadora e referencial da PrS, evidenciando o envolvimento político e a responsabilidade do cidadão (Lopes et al., 2010; Loureiro & Miranda, 2010). Mostra que a responsabilidade não é exclusiva do setor da saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção do bem-estar global e aconselha as condições e os recursos para a saúde (Lopes et al., 2010; WHO, 1986). Realça as estratégias fundamentais para a PrS: advocacia, capacitação para o alcance do potencial de saúde relativamente a ambientes favoráveis, acesso à informação, experiências e habilidades e oportunidades que permitem às pessoas fazer escolhas para uma vida saudável, mediação em que os profissionais de saúde e grupos sociais e outros setores têm a responsabilidade de contribuir, entre os diferentes interesses em relação à saúde, no sentido de coordenar ações intersectoriais no âmbito da PrS. No documento estão definidos os cinco domínios de ação prioritários para a PrS: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (Lopes et al., 2010; Loureiro & Miranda, 2010; WHO, 1986). Afirma que os fatores ambientais e ecológicos são fundamentais para a saúde (WHO, 1986):

(...) Carta de Ottawa, (...) que foi a primeira conferência e a continuidade que foi havendo de conferências, (...) parece-me que o envolvimento político, as orientações políticas e organizações a nível mundial e dos países (...) é um referencial que temos de ter em conta para a possibilidade da PrS ser implementada a nível mundial. (Ent7PA)

Os professores da Escola A realçam o sentido do empowerment, pois este ganhou relevância e seguidores com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que enfatiza a participação dos cidadãos nos cuidados de enfermagem e delineia um quadro de referência para a PrS:

(...) Outros documentos (...) internacionais (...) são inspiradores (...) Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, (...) podemos rapidamente, apropriarmo-nos do que é o sentido do empowerment. (Ent2PA)

Na perspetiva dos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas, parece não estar claro a importância deste documento para a PrS. Reconhecem a sua existência, mas não o seu conteúdo:

Falámos da Carta de Ottawa, falámos de muitos mais (...), mas fixar é complicado (...) nós passamos para a prática e a verdade é que nós aplicamos adaptando à situação e (...) ao utente. (Ent7EB-3ºA/1ºS)

Trabalhámos no 1ºano a Carta de Ottawa e também a Alma-Ata...não me lembro de mais, nada. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

Os professores fazem referência a outras declarações: Adelaide, (1988), Jakarta (1997) e Conferência de Bangkok (2005).

A de Adelaide enfatiza as políticas públicas como pressuposto para uma vida saudável, destacando a sua responsabilidade nas decisões, especialmente, as de carácter económico para a saúde, referindo que, é mais fácil alcançar os objetivos do governo, quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar.

A declaração de Jakarta (1997) é referenciada pelos professores e estudantes do 1º Ciclo, que inclui o setor privado no apoio à PrS. Aponta para “Novos atores para uma Nova Era. Adaptar a Promoção da Saúde ao século XXI”. Releva a saúde como um direito humano fundamental e um fator indispensável ao desenvolvimento social e económico, sendo a PrS essencial para conseguir uma maior equidade em saúde, relevando o empowerment, o sistema económico estável e o respeito pelos direitos humanos. Coloca as pessoas no centro do processo de tomada de decisão nas ações de PrS, para que sejam eficazes.

Os professores relevam a Conferência de Bangkok (2005), como estando mais direcionada para a área do trabalho, mas nesta conferência discutiram-se as “políticas e parcerias para a saúde, procurando interferir nos determinantes sociais da saúde”, com necessidade da participação da população no processo de globalização:

(...) A conferência de Ottawa é uma coisa clássica, as declarações de Adelaide (...) de Jakarta, de Bangkok, mais direcionadas para o trabalho,

(...) penso que não nos faltam documentos contextualizadores nesta área de intervenção, mais direcionados para a PrS (...). (Ent1PA)

(...) Falámos da Carta de Jakarta, (...) conceitos da OMS, de Ottawa, da Declaração de Alma-Ata e até fizemos vários trabalhos, pequenos textos teóricos para apresentar nas aulas sobre esses documentos. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Uma outra declaração salientada, pelos professores da Escola B, foi a do México (2000b). Esta reforça os postulados e desenvolvimento das prioridades da PrS para o século XXI reconhecidas em Jakarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998. Reafirma a PrS como um dever e responsabilidade central dos governos, em a adotarem como política pública, compartilhada por todos os setores da sociedade no desenvolvimento de estratégias, para melhorar os determinantes da saúde e reduzir as desigualdades em saúde (Lopes et al., 2010; Traverso-Yépez, 2007):

Dos documentos (...) a nível das conferências internacionais, (...) da Carta de Ottawa, mais recente a do México, em que dá todo o desenvolvimento a nível dos (...) cinco princípios da Carta de Ottawa (...) desde a introdução das entidades privadas como a gestão de recursos, desde a preocupação (...) de realizarem estas conferências internacionais não só nos países desenvolvidos, mas (...) países menos desenvolvidos, onde se verificou, que não haviam mudanças de comportamentos, onde não era possível passar (...) princípios de equidade, de democracia, (...) princípios básicos de habitação, de saneamento, (...) descentalizaram (...) para entenderem que recursos é que existiam, (...) de que forma poderiam (...) mudar este conceito e implementar (...) aspetos no que diz respeito à qualidade de vida e (...) saúde. (Ent10PB)

Os estudantes da Escola B têm ideia de terem sido abordadas Cartas, mas não identificam quais:

(...) Embora não me recorde em termos precisos de cartas e a qual pertence, mas adquiri, no sentido da abordagem de utentes para compreender o ambiente e ter o cuidado da pessoa que tenho à minha frente tendo em conta a faixa etária, o modo de vida, as suas crenças (...). (Ent7EB-3ºA/1ºS)

O domínio **Processo de aprendizagem** refere-se ao processo de construção do conhecimento realizado pelo estudante em relação com o meio ambiente e das interações entre este e pares e entre este e o professor. Este processo engloba as pessoas (estudante e professor), o contexto (escola ou outros), num determinado tempo. É o processo pelo qual as competências, habilidades, conhecimentos e valores são adquiridos ou modificados, como resultado de estudo, experiência, formação, raciocínio e observação. Emergem neste domínio as categorias: Prescrição, simulação, reflexão e settings.

A categoria **Prescrição** refere-se ao uso do poder pelo professor, mas não significa que o façam de modo deliberado, mas sim, porque ainda seguem um paradigma tradicional. Os professores das duas Escolas usam este mesmo poder em ensino clínico, como vemos nos excertos a seguir apresentados, por exemplo, estabelecem regras e forçam os procedimentos, o que revela que o professor é poder (Bevis, 2005d):

(...) Estas sessões são obrigatórias, eles têm de fazer estas atividades que consideramos obrigatórias, (...) estas da EpS a grupos. (Ent6PA)

(...) Nós estabelecemos que os alunos devem fazer essas formações, sessões de EpS ou estudos de caso (...). (Ent14PB)

A expressão seguinte revela a preocupação dos professores da Escola A com o treino, no desenvolvimento de comportamentos. As pessoas que são treinadas são adaptativas, e a “aprendizagem adaptativa reduz a iniciativa e um ajustamento passivo às pressões externas” (Bevis, 2005d, p.189) e submissão. As alterações de comportamento no processo ensino/aprendizagem e um clima opressor, situam-se num paradigma educativo tradicional:

(...) A nossa preocupação tem mais a ver no sentido de eles treinarem, prepararem-se (...) junto da pessoa no sentido de desenvolverem esses comportamentos. (Ent6PA)

Na seguinte expressão dos estudantes da Escola A é notório o poder dos professores, mas ao mesmo tempo é esperado pelos estudantes a aprovação de documentos e outros assuntos (Bevis, 2005c):

A Profª esteve sempre consciente daquilo que estávamos a fazer (...) não fazíamos um passo que ela não validasse, o guião de entrevista ou o guião de observação, (...) (Ent16EA-3ºA/2ºS)

Quando o professor decide, quem deve falar, e é o único avaliador, o professor é poder (Bevis, 2005d):

Profª Ivone solicita a Alda que aprecie a apresentação de Carina. (OP2-EC-2ºA/1ºS- EA)

Profª Ivone critica a omissão de dados acerca dos hábitos da pessoa na gestão da medicação. (OP2-EC-2ºA/1ºS- EA)

A categoria **Simulação** refere-se a uma estratégia de ensino ativa e dinâmica, que permite aos estudantes experienciar a representação de um evento real com o propósito de praticar, aprender e avaliar. Enquanto ferramenta de ensino é fundamentada na metodologia de aprendizagem baseada em problemas, permite ao estudante participar ativamente na aquisição de conceitos necessários para a compreensão e resolução do problema e o professor tem o papel de facilitador (Forbes & Hickey, 2009):

Os professores da Escola B e estudantes do 1º Ciclo da Escola A referem o uso de estratégias educativas como a simulação, quer em sala de aula quer em laboratório, de situações que consideram como sendo promotoras de saúde, que permitem aos estudantes o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais:

(...) Nas aulas teórico-práticas [em sala de aula] utilizo algumas estratégias, como a demonstração (...) em termos de vacinação, (...) de avaliação e desenvolvimento do recém-nascido, da criança e do adolescente (...).
(Ent9PB)

(...) Houve componente prática, (...) sala de demonstrações, com o bebê, a pega (...) que ajudou a ter mais confiança e a adquirir mais os conteúdos.
(Ent18EA-4ºA/1ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola B e os professores da Escola A consideram, que a simulação seria uma estratégia a utilizar no processo de aprendizagem, sobre o modo como interagir com as pessoas no âmbito da EpS e dirigir uma entrevista, simulando a realidade:

Estava a pensar mais numa (...) demonstração, nós termos um grupo e como abordar certo tema, (...) que aquele tema seja pertinente para aquelas pessoas, fazer simulações, mas sei que é complicado fazer isto. (Ent4EB-4ºA/2ºS)

(...) Horas TP, onde os alunos simulassem, (...) prática laboratorial que não é só para desenvolvimento de capacidades técnicas, são também para desenvolvimento de capacidades relacionais (...). (Ent4PA)

(...) Prática laboratorial ou teórico-prático no sentido do aluno conseguir ahahah, porque depois exigimos-lhes coisas em estágio, (...) que nós não lhes fornecemos, aptidões e competências para eles desenvolverem.
(Ent4PA)

(...) Devemos dar ao Est. não só (...) conhecimentos teóricos [da PrS], mas dar (...) espaço para ele conseguir treinar a sua capacidade (...) de estar com alguém numa entrevista, de estar em grupo, de simular. (Ent4PA)

Os professores da Escola A sugerem para o processo de aprendizagem da PrS, a simulação por confrontação. Através desta os estudantes podem fazer introspeção, refletir e dialogar em conjunto com o professor e com os outros estudantes sobre

aquilo a que (Bevis, 2005d, p.191) designa de “questões baseadas na realidade...este é o legado da verdadeira democracia na sala de aula...em que o professor é o aprendiz perito ao ajudar os estudantes como formandos iniciados a aprender como aprender, como ser eruditos”. As questões sugeridas para confrontação são: “quem sou eu”, “o que é ser enfermeiro para mim”, “o que é isto do bem-estar”. O professor procura assim, facilitar a atividade mental e a imaginação dos estudantes, permitindo construir novos conhecimentos, a partir da reconstrução e da reorganização dos que já detêm (Marchesi & Martín, 2003):

(...) Utilizar estratégias de confrontação, (...) eu vejo (...) um auto desconhecimento muito grande, então só (...) trabalhando objetivamente (...) “quem sou eu”, (...) “o que é ser En^o (...) para mim”, eu quero promover o bem-estar junto das pessoas, “o que é isto do bem-estar, (...) para mim, é estar a fazer noitada no XXX, ou noutros bares duas vezes por semana (...).
(Ent2PA)

Os professores da Escola A sugerem a integração no currículo destes encontros de confrontação, antes do ensino clínico como espaço de autorreflexão, (...) de autoanálise, sobre como transpor a PrS para pessoas adultas. Será num percurso destes, que os estudantes podem desenvolver e promover a sua maturidade para “recíproco e criador” através de alianças com o professor e não entre o professor e o conteúdo. O conteúdo aqui será o motor para a educação e não o formato da aula teórica (Bevis, 2005d). Situando-nos nas tipologias de aprendizagem propostas pela autora estas seriam a “aprendizagem contextual e aprendizagem sintáctica”:

Nunca pensei muito bem em situar (...) bem-estar ao nível de um projeto mais amplo de saúde (...) uma pessoa adulta é diferente, eu sou adulto, um adulto jovem, então como será que as pessoas adultas ahahah, porque transpô-los para estas realidades é muito difícil, (...) antes do ensino clínico (...) estas confrontações pessoais, e porque os Est. (...) são pessoas diferentes, seriam importantes, ahahah, sugeria que o currículo compreendesse esse espaço de autorreflexão, (...) de autoanálise, em pequenos grupos. (Ent2PA)

(...) Ao nível do primeiro estágio, (...) os alunos ficam com expectativas muito diferentes, (...) do que eles constroem, muito desligados da PrS e da EpS, do (...) que é a enfermagem (...) tem a ver, (...) com (...) a questão da emergência, do suporte básico de vida, que é o que os apela em primeira instância e depois, como o autoconhecimento é diminuto e eles vão muito por aquilo que é o apelo da imagem, do impacto dos estímulos sensoriais, (...) este trabalho de desconstrução e de autoanálise em simultâneo, seria muito importante numa fase inicial do curso. (Ent2PA)

A categoria **Reflexão** refere-se à capacidade para pensar e considerar experiências, que se associam à procura de soluções lógicas, com vista a descobrir novas relações ou identificar convergências para orientar a ação futura, de forma interpretativa e crítica. Portanto vai capacitando o indivíduo para uma análise objetiva das suas ações, o que vai enriquecendo o conhecimento do estudante e do professor. Propicia atualização e renovação, dando origem a novos conhecimentos, e contribuindo para a reformulação de valores e melhoria das interações, bem como da qualidade do cuidado (Forbes & Hickey, 2009; Waldow, 2009).

Os professores da Escola A, referem fazer uso da reflexão expositiva, através de leitura de textos em sala de aula e sobre as experiências de cuidados vivenciadas em estágio através de *workshops* e seminários. Relativamente às leituras e discussão das mesmas diz Bevis (2005c), que não passam de informação passiva, porque não permitem mais, do que colocar pontos de interrogação, e no final o professor pela gestão do tempo acaba por dar as respostas, que os estudantes querem ouvir, reduzindo a discussão e a aprendizagem:

(...) Deixo sempre situações para eles refletirem, (...) análises de textos que os possam levar a refletir, mas não permite uma abordagem dinâmica, permite (...) diálogo e discussão durante as aulas, mas sem outras estratégias mais dinâmicas (...). (Ent5PA)

Mesmo o *workshop*, o seminário e outros momentos de partilha, referidos pelos estudantes dos dois ciclos de estudo da Escola A, poderão não ser espaços de aprendizagem educativa, mas de aprendizagem passiva. Serão considerados espaços de aprendizagem educativa, dependendo da qualidade das interações, se

provocam ou não desenvolvimento da capacidade de pensamento sobre as experiências de cuidados e não apenas, questionar, porque fez desta ou daquela maneira ou dizer, que teria sido melhor se fizesse de uma outra forma. O professor ao estruturar episódios de aprendizagem, pode organizar um conjunto de questões, que provoquem a discussão entre os pequenos grupos, e as respostas podem não ser iguais, mas permitem encontrar padrões e significados (Bevis, 2005e):

Decorreu o workshop no qual se preconizou a reflexão acerca do desenvolvimento do estágio [PrS] sendo que os objetivos deste foram discutir o modo de desenvolvimento do estágio de forma a ter uma visão global do mesmo nos diferentes contextos de cuidados; sistematizar o trabalho desenvolvido nas três primeiras semanas e identificar possíveis constrangimentos e como foram ultrapassados. (RFE3-2ºA/1ºS-EA)

Quanto ao seminário, foi um momento de grande relevância para finalizar o estágio, [PrS] uma vez que foi possível conhecer e refletir sobre o estágio, partilhar diversas experiências e conhecimentos. (RFE5-2ºA/1ºS-EA)

(...) Foi partilhada [sala de aula] (...) experiência (...) foi debatida, (...) tipo de ações é que podemos desenvolver em enfermagem, todos os recursos que existem na saúde, (...) recursos que nós podíamos mobilizar para dar resposta a (...) situações, no sentido de promover a saúde, não só daquela pessoa, mas também das pessoas que estavam à sua volta. (Ent20EA-CMEC)

A reflexão sob a forma de narrativa escrita é referida pelos professores e pelos estudantes do 1º Ciclo da Escola A como um instrumento importante, pois a narrativa escrita permite o encontro do estudante consigo mesmo e entre si e a experiência vivida em contexto de cuidados. Produz sentidos e saberes, a partir do confronto interior do seu pensamento crítico e analítico sobre a prática, o que esteve subjacente ao seu agir e compreender como proceder no futuro, o que favorece o seu desenvolvimento e conhecer-se a si próprio como estudante e como futuro profissional com implicações para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Embora a relevem como importante, os professores consideram, que

na forma como ela é utilizada no processo de aprendizagem, ela é sucinta e não sistemática, indo ao encontro do referido por Ordaz (2011), que não sendo um trabalho contínuo não releva as experiências vividas, para a compreensão da sua força de transformação. É através dos relatos dos estudantes sobre a prática, que se favorece o acesso a um universo de significados, saberes e valores. Valoriza-se desta forma o contexto, as pessoas, os processos e o tempo em que a ação ocorre, criando espaço para a reflexão sistemática, considerando-se a diversidade e a singularidade dos cuidados de enfermagem (Caetano, et al., 2015).

Os estudantes do 1º Ciclo salientam-na como importante para uma prática holística e individualizada:

(...) Ao nível do 2º ciclo, (...) utilizando narrativas, mas (...) numa UC só e num curto espaço de tempo, (...) estas narrativas (...) são (...) ricas (...) ao nível da experiência pessoal, mas se eu tentar ligar (...) com (...) conceção da enfermagem e com (...) o objetivo maior que é a PrS e o bem-estar das pessoas (...) temos dificuldade em trabalhar estas dimensões com os Est. (...). (Ent2PA)

Com a realização desta reflexão crítica concluí, (...) que se trata de um instrumento de extremo valor, (...) que nos permite, (...) alterar possíveis formas de intervir/agir, em situações futuras, com vista a torná-las intervenções de Enfermagem mais holísticas, pondo em prática, (...) uma Enfermagem individualizada. (REFL3-4ºA-2ºS-EA)

Ao nível do 2º Ciclo os professores usam a reflexão com os estudantes através da PBE, visando os seus processos de construção pessoal, para a mobilização das competências no processo de cuidados com as pessoas. A PBE surge assim como eixo estruturante da sistematização do saber produzido, para tomar decisões sobre o cuidado a prestar às pessoas, que integrem a melhor evidência científica (Forbes & Hickey, 2009). Estamos assim perante a tipologia de aprendizagem investigativa/pesquisa proposta por Bevis (2005b p. 106) que “ajuda os estudantes a aprender a identificar, a clarificar e a categorizar os problemas da disciplina de enfermagem enquanto tenta dar resposta à sociedade que serve”:

(...) No último grupo [2º ciclo] (...) a estratégia que adotei foi dar uma determinada temática (...) pesquisarem em (...) plataforma (...) uma determinada matriz que eu gostaria que eles pesquisassem e depois, vieram em sala de aula refletir, (...) com o docente e com os Est. o que o próprio pesquisou e refletiu, (...) conclusões que chegaram a diferenciar ou de o levar a diferenciar a sua própria intervenção. (Ent12PB)

(...) Ao nível do 2º ciclo (...) tem sido um desafio para mim, (...) se “eu sou” Enfº, “sou” licenciado, “tenho” vários anos de experiência, “tenho” conhecimentos nesta área, porque é que é tão novo para “mim”, ou neste caso para os Enfºs, (...) mobilizar evidência científica para fundamentar a minha prática? (...) E depois quando isto é descoberto ou redescoberto, (...) parece que há uma alegria como se tivessem descoberto a “pólvora”. (Ent2PA)

A categoria **Settings** refere-se a todos os espaços, onde ocorrem atividades de PrS, para capacitar as comunidades através do seu envolvimento e que influenciam a saúde (Whitehead, 2003) e consequentemente, auferem aprendizagem para os estudantes.

De entre os settings referidos, os professores da Escola A e estudantes do 1º Ciclo da Escola B salientam a comunidade, como o espaço de eleição para o desenvolvimento da PrS e facilitador para a aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes neste âmbito, o que advém da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) que deu ênfase à prática comunitária, através dos CSP. O mesmo documento refere a saúde como um direito, em cooperação com outros setores da comunidade, o que também é relevado pelos professores. Os CSP representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, através do qual os cuidados são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham:

(...) A comunidade é o espaço de eleição para a aprendizagem dos Est. (...) em parceria constante, com os diferentes setores da comunidade com quem possamos trabalhar de uma forma mais assertiva as questões relacionadas com a PrS (...). (Ent8PA)

(...) Acho que na comunidade tem um impacto maior, porque as pessoas sentem que nós nos preocupamos com elas, porque vamos até elas e elas dão valor a isso. (Ent3EB-4ºA/1ºS)

Os professores e estudantes do 1º Ciclo da Escola B salientam diversos settings da comunidade, como a escola, locais de trabalho e todos os locais onde as pessoas se encontram o que vai ao encontro do referido na Carta de Ottawa (WHO, 1986) para o desenvolvimento da PrS: comunidade, escolas, locais de trabalho, vilas, cidades, famílias, domicílios (Whitehead, 2011a). A PrS tem lugar em todos os ambientes onde as pessoas aprendem, trabalham, brincam e amam, o que exige uma abordagem estruturada para a PrS, nos locais onde todas as atividades ocorrem, bem como conexões sociais entre os ambientes, incluindo participação conjunta, comunicação e informação (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner & Morris, 2006) Reconhece-se assim a importância da PrS desde o início da vida nos contextos adequados para o efeito (Whitehead, 2011a):

Não é possível perspetivar sempre o indivíduo como o (...) todo (...), mas, também o contexto, na família e nos settings (...) escola, trabalho e o local onde ele se encontra e permanece e esse todo indivíduo, se não se extrapolar para além do indivíduo e da família (...) não é possível termos os resultados esperados (...). (Ent9PB)

(...) Foi num ginásio, foi com um grupo de crianças dos seis aos doze, mais ou menos. (Ent8EB-3ºA/1ºS)

(...) Também estamos a efetuar em alguns centros sociais e paroquiais. (Ent9PB)

Outros settings referidos pelos professores da Escola A são as escolas e jardins-de-infância. O pré-escolar e o jardim-de-infância são os settings, a que a evidência científica dá mais visibilidade à enfermagem na PrS (McKey & Huntington, 2004). O ambiente escolar como espaço de produção da saúde é um dos mais importantes, para a intervenção no âmbito da PrS e EpS, onde as políticas de saúde nacionais são vitais entre a Saúde e a Educação (Dresler-Hawke & Whitehead, 2009). No

âmbito da PrS nas escolas, foi criada, em 1991, a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), numa parceria entre a Delegação Europeia da Organização Mundial da Saúde, a Comissão Europeia e o Conselho da Europa. Portugal integra, a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde desde 1994, numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação. Em Portugal, o PNS 2012-2016 (DGS, 2012a), é o pilar estratégico em que assenta a intervenção da saúde na escola, através do PNSE como referencial do sistema de saúde para o processo de PrS e EpS das crianças e dos jovens (PNSE, 2006a):

No (...) contexto dos CSP, tem acontecido (...) eles fazerem em situação escolar, jardins-de-infância e até em centros de recuperação infantil (...).
(Ent6PA)

São relevados pelos professores da Escola B os espaços onde se encontram os jovens, mas, por outro lado, há uma preocupação com a não efetivação da PrS nestes contextos, porque com o avançar para a adultícia e envelhecimento o sentido de coerência não se desenvolve da mesma forma que nas idades mais jovens. O sentido de coerência desenvolve-se essencialmente durante a infância e juventude, ficando completo por volta dos 25-30 anos e torna-se mais estável e mais difícil de modificar à medida que se caminha para o envelhecimento. As pessoas podem desenvolvê-lo ao longo do ciclo vital, mas, é particularmente desenvolvido nas primeiras décadas de vida (Antonovsky, 1993). Esta ideia é partilhada pela WHO que refere como principal objetivo para o desenvolvimento, o enriquecimento das gerações mais novas com conhecimentos e recursos que lhes permitam entender as suas necessidades humanas básicas e crescer com todo o seu potencial (WHO, 1986; Figueiredo et al, 2014b).

(...) Nós perdemos uma grande oportunidade no ensino básico e nas creches, (...) aí é o grande espaço de EpS, depois andamos todos aflitos na promoção dessa saúde na adolescência, na idade adulta, o que é tarde, (...) porque mais difícil é mudar os comportamentos com a idade, (...) com a idade a mudança é cada vez mais difícil (...). (Ent11PB)

Os professores da Escola A realçam também os settings para a aprendizagem da PrS com os adultos em ambiente de trabalho e com os idosos. A PrS no local de trabalho ocupa um lugar de destaque na saúde e bem-estar dos trabalhadores e ambiente de trabalho, com impacto na produtividade dos mesmos e na saúde das suas famílias e comunidade (Mills et al., 2007; Whitehead, 2011a). A PrS em ambiente de trabalho é observada na Declaração do Luxemburgo da União Europeia (2015). Os benefícios incluem entre outros a diminuição do absentismo, diminuição do risco cardiovascular, menor número de lesões músculo-esqueléticas, aumento da produtividade, redução do *stress* e *burnout*. Isto é conseguido, através da capacitação dos trabalhadores, para a tomada de decisões acerca da sua saúde, tornando-se num desafio para os enfermeiros do trabalho (OE; 2014a).

Relativamente à PrS nos idosos, é relevada pela evidência científica (Runciman et al., 2006; Kelley & Abraham, 2007). Em Portugal, o PNSPI (2004) estabelece três grandes estratégias de intervenção, através de informação e formação das pessoas idosas na manutenção de um envelhecimento ativo, especialmente na fase de aposentação, na estimulação das funções cognitivas, na importância do exercício físico, na gestão do sono e alimentação/nutrição. Na fase de aposentação, a PrS torna-se fundamental para suportar a produtividade e papel social saudável deste grupo, pelo que é uma área significativa para os enfermeiros, em ajudar a melhorar a saúde e bem-estar em adultos mais velhos (Whitehead, 2011a):

No 2º estágio, (...) no jovem, adulto e idoso, (...) o jovem é desenvolvido (...) escolas 2+3, o adulto é feito em contextos de trabalho e o idoso é feito em centros de dia (...). (Ent4PA)

(...) Algumas instituições de solidariedade, (...) também podem ir, por exemplo, a Lares (...). (Ent7PA)

Os professores da Escola A apesar de valorizarem os CSP, denota-se a relação da PrS com a prevenção e esta mensagem é passada aos estudantes. Permanece ainda o entendimento, de que o conceito de PrS aparece como um dos níveis da prevenção primária da HND de Leavell & Clark (1978) no período pré patogénico.

Lefevre & Lefevre (2007) sinalizam que desde então, a PrS vem sendo entendida como um subconjunto da prevenção:

(...) Nos CSP, a PrS é vista de uma forma diferente, é mais preventiva, apesar de haver sempre PrS, a forma como é efetuada é mais valorizada em termos de prevenção nos CSP e noto que os alunos também já fazem esta separação. (Ent7PA)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola B referem que mesmo em settings como os CSP, a PrS não é uma prática efetiva dos enfermeiros, o que vai ter reflexo na aprendizagem dos estudantes por não valorização da mesma, pois os enfermeiros constituem-se como espelho da prática. Durante a observação participante em salas de tratamentos não foi observada qualquer intervenção de PrS pelos estudantes, e em algumas das consultas de enfermagem no âmbito dos Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDC) nem sempre foi prática corrente, apenas determinadas apreciações sobre hábitos alimentares ou exercício físico, como veremos mais adiante:

(...) No contexto de CSP faz-se PrS, (...) mas, também já vi e já trabalhei com profissionais, em contexto de comunidade, que não o fazem, é ver parâmetros vitais e está feito, não há promoção. (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

Os professores e os estudantes do 1º Ciclo salientam os CSP em detrimento dos serviços hospitalares para a aprendizagem da PrS. Em 1988, o cenário escolhido pela WHO, foi o contexto hospitalar de que resultou a Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores de Saúde (WHO, 1991) e mais tarde as Recomendações de Viena sobre Hospitais Promotores de Saúde (WHO, 1997a). Após estes anos os professores da Escola A e estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas manifestam que, a PrS nos cuidados hospitalares ainda não é uma prática diária, o que vai ao encontro do referido por Silva, Pinheiro, Souza & Moreira (2011), que referem que os enfermeiros, que trabalham nos hospitais, creem não ter condições para as atividades de PrS e não acreditam na efetividade das

intervenções neste âmbito. Num estudo efetuado na China, os enfermeiros até estão conscientes da importância da PrS, mas referem não ter oportunidade para a sua prática (Whitehead et al., 2008). Numa revisão integrativa sobre o papel dos enfermeiros na prática da PrS mostrou existir, um conjunto de barreiras associadas com a cultura organizacional que impede o seu desenvolvimento (Kemppainen et al., 2012):

(...) Fazer PrS é em CSP (...) no serviço de Medicina ou numa Cirurgia não é a mesma coisa, mas, está diferente, (...) a evolução tem sido grandiosa, não só pelos Prof, não só pelos contextos e pelos Enfs e pelas dinâmicas. (Ent16PA)

(...) No CS, (...) a PrS continua a ser mais valorizada e mais posta em prática do que nas unidades hospitalares (...). (Ent5EA-4ºA/2ºS)

Faz-me imensa confusão no serviço de urgência não se fazer PrS (...) há menos tempo, mas, nós podemos estar a tratar a pessoa e estar a falar com ela, eu posso estar a aplicar (...) qualquer técnica e posso estar a falar com a pessoa e estar a ensinar e estar a ouvi-la e isto para mim é PrS, mas, (...) muitos profissionais não o fazem. (Ent4EB-4ºA/2ºS)

Nesta sequência os estudantes do 1º Ciclo da Escola B referem, que a PrS não é uma prática diária dos enfermeiros, a não ser, quando estão a ser alvo de avaliação pelo professor, o que indicia, que as intervenções neste âmbito são uma exigência dos professores e não uma prática constante dos enfermeiros:

Em contexto hospitalar (...) não se faz PrS, os únicos momentos que vivenciei (...) PrS foi num contexto em que eu estava a ser avaliada por um professor, porque quando estamos com os enfermeiros não há PrS nenhuma. (Ent4EB-4ºA/2ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas diferem desta opinião em relação aos cuidados hospitalares, salientando a PrS centrada na mudança de comportamentos e nos fatores de risco:

(...) Eu vi (...) que as pessoas refletem mais e que aceitam mais [PrS] (...) nos hospitais, porque é quando perderam alguma (...) saúde e depois, pensam que têm que ter cuidado (...) não quer dizer que na Saúde Comunitária ou no CS não seja importante, mas, (...) as pessoas não pensam tanto (...) quando a perdem [saúde] e pensam que temos razão, (...) pensam (...) “é melhor mudar comportamentos para que não me surja isto”. (Ent6EB-4ºA/2ºS)

(...) No estágio de cirurgia (...) insistirmos na PrS, a prevenção de quedas, a prevenção de determinados comportamentos que a pessoa possa ter no pós-operatório (...) é bastante estimulado pelos enfermeiros (...) ao nível da construção do plano de cuidados, (...) por exemplo, conhecimento não demonstrado por parte da pessoa, nos procedimentos de pré ou pós-operatório ou da preparação do regresso a casa (...). (Ent10EA-2ºA/1ºS)

No excerto seguinte os professores da Escola A relevam como setting, a área materno infantil. A este propósito Beldon & Crozier (2005) salientam, que os enfermeiros necessitam trabalhar em parceria com as mulheres grávidas e famílias para ajudar nas decisões sobre os cuidados pré e após o nascimento:

(...) As instituições hospitalares (...) a serviços de Pediatria, serviços de Puerpério, (...) Bloco de Partos, as Urgências de Pediatria, (...) Maternidade, (...) Neonatologia (...). (Ent7PA)

Os professores da Escola A focam o acompanhamento, que é feito às puérperas em setting domiciliário (Domian et al., 2010) destacando a intervenção dos enfermeiros na PrS nos cuidados com as mães na parentalidade. Também o PNSIJ (2013) preconiza a PrS direcionada ao recém-nascido nos dias seguintes à alta da maternidade, através da visita domiciliária:

[Puerpério] (...) nos CS é mais as USF, as UCC, unidades mais direcionadas para a comunidade (...) é muito utilizada, a VD (...). (Ent7PA)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A consideram, que a visita domiciliária é uma estratégia bastante importante para a PrS, pela receptividade das pessoas que ao estarem inseridas no seu ambiente, favorecem uma interação mais facilitadora (Holt & Warne, 2007), contudo, consideram que esta estratégia é subaproveitada pelos enfermeiros:

Acompanhei o En^{fo} em visitas domiciliárias e (...) poderão ser uma mais-valia em termos da PrS, mas, eu penso que não são muito bem aproveitados, (...) a pessoa está no seu ambiente, sente-se mais à vontade. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A relevam a intervenção na PrS nas USF, fazendo a relação entre a avaliação inicial e a implementação, e ao fazerem esta relação, parecem compreender a sua importância nos cuidados:

Na USF de (...) trabalha-se imenso a PrS é um dos itens a avaliar na consulta, o que a pessoa sabe quando é que podemos intervir e o que é que podemos fazer e posso garantir que é das únicas unidades que eu adorei trabalhar mesmo por esse motivo. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

No excerto seguinte os professores salientam o desenvolvimento da PrS no setting da medicina com os doentes e famílias, o que vai ao encontro de Silva et al. (2011) que referem que a EpS desenvolvida no espaço hospitalar, pode incluir o acompanhante ou os pais da pessoa internada, abordando os efeitos da doença na vida da família; como viver com a doença após a alta e incentiva a adoção de hábitos saudáveis:

(...) Estive no estágio III que é o do adulto e idoso na situação de contexto hospitalar, apesar de ser no âmbito da patologia médica (...) penso que está inerente a PrS, (...) que é feita pelos Est. é dirigida (...) aos doentes (...) às famílias. (Ent17PA)

O domínio, **Intervenientes no processo** de aprendizagem refere-se a todos os participantes envolvidos no processo formativo num processo interpessoal:

Estudante, professor e enfermeiro (Paiva, 2008; Simões et al., 2008), nos espaços formativos onde o estudante adquire habilidades e desenvolve competências, tendo como horizonte a construção da sua aprendizagem para a profissão. De acordo com Carvalho (2003) e Simões et al. (2008), os professores como orientadores são os facilitadores da aprendizagem, os enfermeiros funcionam como facilitadores da integração e socialização e o estudante responsável ativo e gestor pela sua formação vai-se desenvolvendo, e conquistando autonomia no cuidar e responder aos desafios e exigências da enfermagem. Neste domínio são intervenientes no processo o estudante, o professor e o enfermeiro, que se constituem como categorias.

A categoria **Estudante** é aqui entendida como o estudante de enfermagem que desenvolve períodos de aprendizagem teórica e clínica em contextos escolar, de prestação direta de cuidados e comunidade usando o pensamento crítico, no raciocínio clínico, para a tomada de decisão, resolução de problemas, comunicação assertiva, aprendizagem de habilidades e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

A análise do seu processo de aprendizagem torna-se relevante para a tomada de decisões no currículo, já que constitui o desenvolvimento do estudante e as condições do processo de aprendizagem (Pacheco, 2001). Com base no decreto-lei nº 42/2005 - Declaração de Bolonha “o estudante desempenha o papel central na formação, quer na organização das unidades curriculares, (...) quer na avaliação e creditação” (p.1494), o que se coaduna com o paradigma construtivista, que interpreta o processo de ensino-aprendizagem como um processo social de carácter ativo, em que o conhecimento resulta da construção pessoal e ativa do estudante. Este é um ser em desenvolvimento pessoal, interpessoal e profissional, de quem se espera uma atitude crítico-reflexiva e construtiva face à aprendizagem nos diferentes contextos formativos, para uma intervenção adequada no cuidado de enfermagem.

Para ocorrer o desenvolvimento do estudante, ele precisa participar ativamente em interações recíprocas de complexidade crescente com professores e enfermeiros com os quais desenvolve relações fortes e mútuas, e com o tempo compromete-se

com o bem-estar e desenvolvimento dos outros (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 2006), numa visão holística.

O estudante pró-ativo é aquele que sendo responsável pela sua formação, se envolve numa relação e interação mútua nos diferentes espaços de formação, em ocasiões de cuidar mobilizando conhecimentos científicos na sua área de intervenção, questionando e questionando-se. Utilizando o pensamento crítico ele avalia, planeia, executa e reavalia os cuidados de enfermagem.

Os professores da Escola A consideram os estudantes do 1º e 2º Ciclo pró-ativos, mas numa fase mais avançada do curso, mas pouco ouvidos e controlados pelo professor, o que parece contrariar aquilo, que é entendido por currículo como sendo “as interações e transações que ocorrem nos estudantes entre si e entre os estudantes e os professores com a intenção de ocorrer aprendizagem” (Bevis; 2005b, p.80), imbuída de participação ativa. Para uma aprendizagem educativa estas interações não têm um ponto fixo no currículo, elas ocorrem em todos os momentos do processo formativo em que o professor interage com o estudante, a que Bronfenbrenner (2002) designa por “díades de observação” ou o que Watson (2005a) designa por “ocasiões de cuidar”. Para que a díade de observação evolua para segundo nível, precisa haver reciprocidade, equilíbrio de poder e afetividade. As atividades nesse segundo nível são designadas de díade de participação conjunta (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 2006), a que Murray (2005) designa por “interacções recíprocas” e que se desenvolvem entre professores, estudantes e enfermeiros e que se baseiam na “aprendizagem contextual, sintáctica e investigativa ou de pesquisa” (Bevis, 2005b):

(...) À medida que vai progredindo no curso e vai percebendo o que é enfermagem (...) podíamos começar a ouvi-los mais, (...) um aluno de 3º ou 4º ano tem capacidade de ser um parceiro ativo (...) nem sempre aquilo que nos dizem (...) tem depois, um peso muito grande na construção curricular, (...) podia ter mais. (Ent1PA)

Os do 2º ciclo (...) são Enfºs com experiências diversificadas e podiam (...) ter aqui alguma margem que lhes pudéssemos dar e em que os levássemos

mais a sério nestas necessidades de aprendizagem que eles nos podem fazer chegar (...). (Ent1PA)

Os professores da Escola A consideram, que os estudantes podem ser pró-ativos, no dar informação sobre os tipos de interações professor-estudante e das experiências, que melhor contribuam para a sua aprendizagem (Murray, 2005). Os estudantes não são seres homogêneos, o que exige do professor, ensinar os estudantes a auto-organizarem-se, a passarem de baixa para alta estrutura, enquanto o professor passa de alta para baixa estrutura à medida que o estudante vai adquirindo novos saberes, novas formas de comunicar e autonomia, pelo que o professor procura seleccionar as interações facilitadoras (Bevis, 2005b), ao desenvolvimento do estudante para o cuidar. Seleccionar estas atividades, vão favorecer a aprendizagem de valores educacionais e do valor dos cuidados de enfermagem (Murray, 2005):

(...) Penso que os Est. podem ser uma mais-valia, porque (...) enquanto jovens podem-nos fazer melhor compreender quais são as necessidades deles e ir ao encontro daquilo que são as expectativas que eles têm. (Ent6PA)

(...) Pensando numa perspetiva da centralidade nos Est., eles poderão ser o elemento chave para autoidentificarem as suas próprias necessidades em termos do desenvolvimento de alguns conceitos que possam, (...) até, estarem a ser trabalhados ou serem integrados na estrutura conceptual com uma determinada perspetiva, mas o Est. pode não ter naquela fase a capacidade para abarcar e para entender essa perspetiva. (Ent8PA)

Os estudantes do CMEC/CPLEEC da Escola A consideram-se pró-ativos, ao efetuarem todos os contactos com os parceiros da comunidade, o que está em consonância com Roldão (2003), que refere que o currículo também deve estar orientado para as competências do “saber agir em situação”:

[Estágio na comunidade] (...) nós, os Est. fomos contactar o presidente da junta, (...) as pessoas de referência para depois os mobilizar Era o

presidente da junta, o pároco, falámos também com o jornal do concelho onde foi publicado, (...) a IPSS, a assistente social (...) (Ent20EA-CMEC)

Os professores da Escola A consideram os estudantes passivos, articulando com os estádios de desenvolvimento e por fazerem uma aprendizagem estanque. De acordo com os estádios de desenvolvimento de Erikson (Veríssimo,2002), os estudantes quando chegam ao ensino superior, encontram-se no estágio cincodenominado identidade versus confusão/difusão, que se caracteriza por novas potencialidades cognitivas, por gostar de explorar novos estatutos e papéis sociais e por a sociedade fornecer essas oportunidades. Com a ajuda das pessoas eles atingem a sua identidade, mas se não encontram as respostas adequadas, podem-se desorganizar, apresentando sentimentos de confusão/difusão, porque ainda não se conhecem a si próprios. Ainda durante o curso fazem a sua transição para o estágio seis, denominada identidade versus isolamento, em que assume a sua identidade de jovem adulto. Encaram a tarefa desenvolvimental de construir relações pela comunicação com os outros, mas ainda não conseguem partilhar afetos. Face à caracterização destes estádios, embora o estudante seja influenciado por outros fatores como culturais, é importante, que os professores entendam esse período de transformação da vida, para o bom relacionamento entre ambos e para a organização de novas práticas pedagógicas voltadas para o desenvolvimento da capacidade de pensar, de refletir de promover o desenvolvimento intelectual e pessoal dos estudantes, pois estão numa etapa de vida, em que estão passando por várias transformações e crises:

(...) Os Est. por questões que têm a ver com o seu desenvolvimento cognitivo, com os estádios de desenvolvimento onde eles se encontram, vêm muito habituados a estudar e a apropriar-se das coisas por gavetas e há muitos conceitos que (...) em termos da PrS e (...) orientações chave que são trabalhadas ao nível do 1º ano e quando chego (...) no 3º ano eu tenho muita dificuldade em que eles vão mobilizar esses conteúdos, ficaram lá na gaveta do 1º ano (...). (Ent8PA)

Falar de PrS (...) de EpS, (...) de empowerment e de todos esses conceitos que (...) têm especificidades (...) ao nível das diferentes fases de vida das pessoas e (...) querer que eles se vejam como técnicos a colaborarem e a negociarem cuidados com as pessoas (...) em diferentes fases de vida (...) eles têm dificuldade em sentir isso na pele (...). (Ent2PA)

Os professores da Escola A também consideram os estudantes passivos, ao responsabilizá-los pela sua formação, conforme é referido no decreto-lei nº 42/2005, pela mudança no paradigma de formação, mas isso não diminui a responsabilidade do professor, que também tem que mudar e inovar nas suas metodologias e estratégias de intervenção pedagógica, para proporcionar ao estudante o questionamento, a pesquisa para chegar ao conhecimento (Bevis; Watson, 2005; Ferreira, 2009):

(...) Ele [Est.] não entende que ele é (...) o centro e que isto lhe traz uma maior responsabilidade, (...) por toda esta formação. O aluno continua a ver a formação toda (...) centralizada no ato do Prof (...). (Ent3PA)

Os seguintes excertos parecem indiciar uma certa relação de poder dos professores da Escola A para com os estudantes, ao pôr em causa a sua maturidade e responsabilidade no seu processo de formação. Estes são aspetos intrinsecamente ligados aos métodos e estratégias pedagógicas que os professores utilizam (Bevis; Watson, 2005). Os professores têm de se capacitar, a desenvolver e a planear atividades, que apoiem a maturidade dos estudantes, porque sem esta, a formação trará fracos benefícios para os mesmos (Bevis, 2005b). Diz a autora que quanto mais opressivo for o clima entre os professores e estudantes, mais baixa será a maturidade do estudante:

(...) Nós contávamos com uma grande maturidade do aluno que, (...), não corresponde à realidade, talvez tenhamos que rever, (...) o espírito inicial dessa tal responsabilização, de ver o Est. como sendo principal ator no seu processo de ensino / aprendizagem (...). (Ent1PA)

No seguinte excerto os professores da Escola A referem-se aos estudantes do 1º Ciclo como sendo passivos, salientando alguns aspetos, que precisam de ser trabalhados com os mesmos, ligados a estereótipos e conceções acerca da enfermagem, aspetos estes, que precisam de ser “lidos analiticamente, refletidos, discutidos”, entre outras heurísticas propostas por Bevis (2005,e) para a aprendizagem educacional:

Os Est. (...) no 1º ano, (...) pouca capacidade para ser um parceiro ativo, (...) eles têm muitos estereótipos da enfermagem (...) se nós lhes perguntássemos o que (...) queriam aprender, (...) vinham à espera de (...) coisas, (...) mais técnicas, mais curativas (...). (Ent1PA)

Os professores da Escola A parecem denunciar, serem os próprios a criar a passividade aos estudantes, pelo facto dos conteúdos da PrS estarem isolados, estanques e não serem transversais, o que se pode relacionar com a “aprendizagem por item”, que promove a aprendizagem por pedaços de informação separada (Bevis, 2005b):

(...) Nós [Profs] ao não assumirmos uma conceção da PrS integrada ao longo de todo o curso, por muito que digamos que estamos a promover a centralidade ahahah e que a nossa (...) é o Est. (...) não estamos a promover-lhe a aprendizagem (...) abrangente e transversal que a PrS tem, nós estamos a ajudar o Est. a arrumar as coisas (...) por gavetas, olha agora vamos falar de PrS e vamos trabalhar os conceitos de saúde no 1º ano e o Est. fecha a gaveta (...). (Ent8PA)

(...) O facto de nós não assumirmos (...) PrS como conceito central e não o traduzirmos (...) no desenvolvimento, na operacionalidade e depois na avaliação, também (...) nós estamos a protelar esta aprendizagem do Est. por gavetas e por setores, (...) não estamos a promover esta transversalidade, nós próprios enquanto Profs e passa tudo por não assumir, logo conceptualmente esta dimensão. (Ent8PA)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A consideram haver passividade entre os colegas, o que pode estar relacionado com a imaturidade dos mesmos. Este tipo de estudante pode-se enquadrar no “agressivo passivo”, que resiste às propostas do professor como, por exemplo, mostrando lentidão, teimosia, esquecimento do trabalho ou outro (Bevis, 2005b):

Há alunos que o Prof ou o Enº podem dizer isto ou aquilo e para ele é igual, não liga nenhuma àquilo, não quer saber, tem a tal individualidade. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

A categoria **Professor** refere-se à pessoa que estabelece relações interpessoais positivas entre si e os estudantes, numa aliança ensino/aprendizagem para o cuidar, que se desenvolve fundamentalmente pelo diálogo (Bevis, 2005d; Freire; 1979). Os professores como libertadores utilizam uma pedagogia mais autónoma e orientada para as competências e disponibilidade para o diálogo, quer no ensino teórico, quer no ensino clínico.

Os estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas valorizam as interações professor-estudante assentes no diálogo, como fundamentais para a aprendizagem, salientando o ganho da confiança, na relação para procura de um esclarecimento, na resolução de um problema (Watson, 2005) e a interatividade e não apenas o uso do método expositivo. Este pode ser o indício para o início de um paradigma de aprendizagem humanístico, pois os estudantes aprendem melhor, quando há interesse pessoal, por parte dos professores, com sinais de reciprocidade e porque o desenvolvimento emocional e pessoal é tão importante como o intelectual (Murray, 2005):

(...) Uma relação quase de amizade entre Prof e aluno (...) é muito importante até para o aluno ganhar confiança, (...) mas confiança no sentido de saber que tem o Prof que pode esclarecer uma dúvida sempre que ele precise, (...) não há essa barreira, “eu estou lá em cima e tu estás cá em baixo” é muito mais facilitada a aprendizagem. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

(...) Ela sempre foi uma Prof^a muito próxima, (...) põe-nos totalmente à vontade e tenta sempre que não seja uma coisa muito expositiva, mas sim interativa connosco e é sempre um momento de interação, é muito mais fácil para nós não estar só a ouvir (...). (Ent4EB-4ºA/2ºS)

Nesta sequência os estudantes do 1º Ciclo da Escola A esperam mais do professor para o alcance da aprendizagem educativa. Eles manifestam querer outras abordagens, para lhes encontrarem significado a partir das experiências. Eles pretendem uma forma mais interessante, que os influencie na utilização do conteúdo e não a mera transmissão do conhecimento, o que vem exigir ao professor a definição de “critérios para interações com os estudantes e de critérios para experiências de aprendizagem”, para o estímulo intelectual sobre o tema a abordar e a encontrar significados (Bevis, 2005b):

(...) Se existirem Profs que nos estimulem e nos transmitam conhecimentos de uma maneira mais interessante (...) eu terei esses conhecimentos muito mais presentes do que não tive outros, (...) a forma como os Profs pensam e a forma como (...) transmitem determinado conteúdo influencia-nos (...) na forma como nós podemos utilizar esse conteúdo junto dessas pessoas, e portanto (...) a presença do Prof é sempre um aspeto influenciador daquilo que será a forma como também vamos agir (...). (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Face à aprendizagem centrada no estudante, os professores da Escola A valorizam a interação e o diálogo com os estudantes no sentido do questionamento e interpretação do propósito de cuidar e conjugação de ideias satisfatórias (Bevis, 2005d), como se verifica no seguinte excerto, considerando-se o professor como um mediador. Na opinião de Murray (2005) os estudantes podem aprender melhor numa relação de troca de informações, baseadas em confiança e apoio:

Se eu tenho um Est. à minha frente e estou a olhar para um plano que ele me enviou, eu posso tentar perceber quais são as dúvidas substanciais dele (...) há interação, agora se é (...) uma coisa só no papel, há apenas uma interação e um estímulo inicial e a resposta final, (...) não há nada que

medeie, (...) a interação aqui é fundamental, (...) penso que a interação aqui é muito importante (...). (Ent1PA)

Nos excertos abaixo os professores da Escola A consideram-se como parceiros dos estudantes na integração de saberes e processo reflexivo, no sentido de promover a praxis com os enfermeiros e com os estudantes (Bevis, 2005d), pois a consciencialização é construída no contexto da ação-reflexão, partindo da problematização da realidade (Alvim & Ferreira, 2007), destacando a simetria na relação, como coformandos peritos com os estudantes (Bevis, 2005f):

Os Profs (...) são construtores do processo com os Est. e parceiros, concetores e facilitadores de outras (...) conceções (...) a partir da conjugação de saberes práticos, experienciais com os parceiros e no processo de reflexão com os Est. (Ent2PA)

Os Est. (...) vemo-los (...) como facilitadores do processo de aprendizagem (...) se eu o vejo como facilitador, estou a pensar muito mais numa relação simétrica de construção de saber do que numa relação assimétrica que não é a minha forma de estar nem de conceber aquilo que é o desenvolvimento curricular em enfermagem. (Ent2PA)

Os professores da Escola A veem este percurso de construção e de desenvolvimento intelectual no cuidar na PrS, um pouco tortuoso por omissão de modelos de referência nos enfermeiros, o que exige um grande esforço do professor, em refletir com os estudantes sobre uma práxis, que estes não identificam no contexto de estágio, porque as práticas dos enfermeiros não espelham a realidade no âmbito da PrS. Nos tipos de aprendizagem propostos por Bevis (2005b), concretamente no tipo “aprendizagem referente ao contexto”, um dos aspetos consiste em ajudar o estudante, a pensar e a sentir como enfermeiro (Bevis, 2005b) e se ele não tem esta imagem modelada de ser enfermeiro na prática na PrS, torna-se difícil para o professor trabalhar com o estudante no sentido da aprendizagem educativa nesta área. Os estudantes fazem a sua socialização na prática com os enfermeiros, adaptando-se a valores, normas, comportamentos e

atitudes destes, sendo nos contextos que os estudantes desenvolvem a sua autoestima e identidade profissional (Carvalho, 2003):

No estágio II, o papel do Prof é de construção e demonstração de operacionalização de estratégias, [PrS] que requer muito investimento do Prof, (...) por omissão de modelos de referência nos Enfs e na atividade profissional destes para os Est. (Ent2PA)

(...) Quando estou a acompanhar estágios mais no final de curso, (...) debato muito com os Est. e porque me preocupa muito que eles, (...) não passem esta mensagem de que se apropriaram da importância da PrS junto das pessoas, trabalhem eles onde trabalharem, estejam onde estiverem, em termos individuais, (...) das famílias, (...) de grupos, (...) porque é que isto não passa sempre (...). (Ent2PA)

Os professores da Escola A realçam que os estudantes do 1º Ciclo nos estágios, projetam-se como enfermeiros, com base nos modelos que estes manifestam, em detrimento dos modelos dos professores e do que estes defendem para a enfermagem, o que consubstancia o que já analisámos anteriormente acerca do desfasamento entre a teoria e a prática, na área da PrS (Poskiparta et al., 2000; Silva, et al., 2007; 2009; Whitehead, 2007; Figueiredo & Amendoeira, 2014b):

O papel dos Enfs nos estágios é (...) dar o aporte dos saberes práticos e dos saberes experienciais e (...) o aluno em termos (...) de desenvolvimento de competências ainda está (...) numa fase inicial do processo, mas já se pode projetar relativamente ao futuro face ao que ele vê nos Enfs e que tem (...) uma força imensa relativamente àquilo que é (...) o modelo do Prof, porque ele acaba por valorizar (...) o que é visto pelo Enf e o desempenho do Enf. (Ent2PA)

Nas seguintes unidades de registo parece emergir, por parte dos professores da Escola A, uma tendência para as tipologias de aprendizagem sintática e investigativa, fundamentada na prática, de um cuidar individualizado, de análise,

capacitando para a negociação com as pessoas, face à tomada de decisão (Bevis, 2005b):

No estágio VIII o papel do Prof é (...) de facilitador e orientador do processo de aprendizagem, no sentido da pesquisa, da fundamentação e das evidências científicas nos cuidados produzidos. (Ent2PA)

(...) Se “eu” estou a promover a saúde em relação a (...) adultos que devem desenvolver exercício físico, “eu” posso num primeiro momento conceber e desenvolver uma estratégia que vá no sentido da resistência à mudança, (...) e (...) ajudar os Est. a perceber, porque é que (...) para aquelas pessoas, não faz muito sentido, fazer exercício físico, (...) contextualizar ao contexto de vida daquelas pessoas e estilo de vida (...), mas uma vez vencida essa resistência, planejar essa resistência inicial com estratégias (...) não muito ambiciosas, mas (...) negociadas com as pessoas e (...) ir conseguindo que elas vão desenvolvendo (...) exercício físico até um nível ótimo que lhes faça sentido (...). (Ent2PA)

Nos professores da Escola B parece existir tendência para a diretividade, pois consideram, que o professor tem a capacidade de vender sonhos e seduzir naquilo que faz. Bevis (2005e) diz que o professor, sobretudo o que defende como estratégia a transmissão de conteúdos, usa o seu encanto, o seu sentido de humor, a sua faceta de ator e a sua sabedoria sobre o tema para convencer os estudantes a aderir ao mesmo:

(...) O Prof é um vendedor de sonhos, é um sedutor e se eu (...) seduzir a outra pessoa para aquilo que eu acredito, a probabilidade de que o aluno venha a modificar é muito maior, (...) esta capacidade do Prof seduzir para a temática [PrS] para mim é a base, (...) é seduzir (...). (Ent11PB)

Os professores da Escola A que usam a diretividade parecem estar mais preocupados com planos e objetivos numa aprendizagem diretiva do que com a aprendizagem educativa. Os estudantes seguem um conjunto de instruções e verificações do “sim e do não”, e agrupam itens num sistema de diretivas, com conteúdo selecionado pelo professor, que depois corrige (Bevis, 2005b):

(...) O que está preconizado para este estágio é que eles façam um plano de atividades (...), nós enquanto Profs fazemos a tal supervisão no sentido de ver se as atividades que eles se propõem desenvolver fazem sentido para aquele estágio, se são pertinentes para o atingir dos objetivos e das competências preconizadas para aquele estágio, sendo que o plano de atividades é previamente validado com En^º com quem eles estão, no sentido de ver a aplicabilidade e operacionalidade do próprio plano de atividades. (Ent6PA)

Nós fizemos o diagnóstico de situação e o Prof deu-nos feedback para avançar e antes de fazermos a SEpS (...) demos-lhe os documentos todos, ele analisou-os e tivemos que os reformular de acordo com as orientações dele. (Ent5EA - 4ºA/2ºS)

Na opinião dos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas, o professor parece usar a diretividade relativamente aos estágios numa aprendizagem por item, “mecânica, promotora de pedaços de informação separados” (Bevis, 2005b), em vez de desenvolvimento de capacidades de pensamento. Diz a autora que instrução por computador está ao lado da passividade:

O papel do (...) Prof foi aprovar o projeto da sessão, (...) dar uma breve revisão para ver se estava tudo dentro do que era pedido. Mandámos por correio electrónico e depois mandou-nos o feedback. (Ent3EA-4ºA/1ºS)

O Prof visitava a unidade de quinze em quinze dias e leu, (...) concordou e incentivou a ação. (Ent7EB-3ºA/1ºS)

Um outro aspeto que os estudantes do 1º Ciclo da Escola A relevam acerca do professor, é a diretividade na avaliação. A ida do professor a estágio não é entendida como um processo interativo, mas apenas com a responsabilidade de um fim último, que é a avaliação, numa forma de poder. A avaliação precisa ser entendida pelos estudantes como um processo regulador da aprendizagem, no sentido da sua reorientação nos diversos saberes adquiridos (Gaspar & Roldão, 2007), mas ela é entendida como uma representação negativa, geradora de medo

e penalização e esta é uma visão sobre o professor que segue o paradigma behaviorista. Neste paradigma o professor vê os elementos, a serem ensinados e a testá-los, para avaliar as partes que foram aprendidas, e o estudante sente, que se não der a resposta desejada, vai “pagar” na avaliação final (Bevis,2005f):

O Prof vem (...) [estágio] falar connosco, vem ver como é que as coisas estão a correr, para nos avaliar. (Ent3EA-4ºA/1ºS)

“Medo” no sentido de temos que saber, porque o Prof está (...) a avaliar (...) e se não soubermos, depois as notas não vão ser aquilo que nós esperávamos (...). (Ent5EA-4ºA/2ºS)

Os estudantes da Escola B deixam transparecer nas suas falas, uma conotação negativa acerca do professor como interveniente no processo de aprendizagem, dada a sua ausência em estágio, salientando a ideia de que, o enfermeiro deve ser o único responsável pela avaliação. Esta ideia da participação do professor no processo de aprendizagem em estágio vai ao encontro do referido por enfermeiros no estudo de Simões et al. (2008), que referem que na maioria dos casos, não há entrega da escola aos seus estudantes nem aos seus deveres em estágio:

(...) O Prof como não fiz (...) trabalho académico, não esteve envolvido no processo. (Ent7EB-3ºA/1ºS)

A nota que nós vamos ter, (...) é o En^{fo} que a propõe, a escola pode aceitá-la ou não, o En^{fo} é que nos dá a nota, é ele que passa o estágio todo connosco (...). (Ent3EB-4ºA/1ºS)

A categoria **Enfermeiros** corresponde ao profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (decreto-lei n.º 161/96, p.2960) e “contribuem, no exercício da sua atividade na área de ... docência, formação...”

(decreto-lei n.º 161/96, p.2961). O enfermeiro a quem é atribuída responsabilidade de ensino clínico, precisa de mobilizar competências específicas próprias do exercício da profissão que “tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (decreto-lei n.º 161/96, p.2961). O enfermeiro marca presença no acompanhamento dos estudantes nos contextos de estágio no seu processo de aprendizagem, no que concerne ao desenvolvimento de competências e no seu desenvolvimento pessoal, relacional e profissional.

Os professores das duas Escolas consideram a presença dos enfermeiros como indispensáveis no processo de aprendizagem dos estudantes, na construção dos saberes teóricos e práticos (Alarcão & Tavares, 2007; Carvalhal, 2003, Paiva, 2008; Simões et al., 2008), pois é no contexto de estágio que o estudante faz a sua socialização como enfermeiro:

(...) [Enf^{os}] são parceiros, (...) indispensáveis na coconstrução do conhecimento do Est. (...) ao nível dos saberes teóricos (...) ao nível dos saberes experienciais, práticos, mas (...) são parceiros que nos obrigam muitas vezes a desafios (...) ao nível daquilo que nós esperamos construir com os Est. (Ent2PA)

(...) Enf^o (...) é o responsável por estar mais perto daquele Est. e lhe proporcionar as aprendizagens que o Est. acaba por solicitar, (...) e ter interesse (...). (Ent9PB)

Os professores da Escola A referem que os enfermeiros que são supervisores, têm de ter alguns requisitos para o desenvolvimento de competências do estudante. É fundamental que esta passagem da escola para os contextos de estágio, designada de “transição ecológica” (Bronfenbrenner, 2002, 2006) seja verdadeira e saudável, que o estudante se sinta apoiado e com participação numa rede de relações significativas neste processo. Sobressaem, na evidência científica, algumas características a considerar no enfermeiro supervisor em ensino clínico, umas enquanto enfermeiro, outras como pessoa e outras como professor (Carvalhal, 2003). Esta autora refere entre outras características: confiança, transparência,

autenticidade, disponibilidade e diálogo. Sá-Chaves (2000) refere que o supervisor ao estar perante um jovem adulto tem de criar um ambiente “Integrador” para promover o desenvolvimento e a aprendizagem, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador, criando com e no estudante, um espírito de investigação-ação:

O En^o (...) o papel dele é de supervisor (...) tem de ter alguns requisitos, (...) acompanhar o desenvolvimento e saber que competências (...) o aluno tem de atingir (...). (Ent4P)

Os professores da Escola A relevam os enfermeiros nas suas competências científicas no processo reflexivo com os estudantes, o que vai ao encontro do referido por Sá-Chaves (2000), que salienta a reflexão como integradora da teoria com a prática e alega que os supervisores, tendo em conta a centralidade no estudante, precisam de refletir de forma construtiva a complexidade dos saberes científicos, sobre as situações que se lhes apresentam, nos contextos reais da praxis profissional, pois a consciencialização é construída no contexto da ação-reflexão, partindo da problematização da sua realidade (Freire, 1973; Alvim & Ferreira, 2007):

O papel do En^o no estágio (...) papel de orientação, de supervisão, que leve e ajude o aluno (...) a refletir (...), porque é que faz, como faz, para que faz, que o En^o faça parte integrante do processo reflexivo juntamente com o aluno na ação e sobre a ação, (...) que outras formas existem de fazer (...). (Ent3PA)

Nas falas dos professores da Escola B é referido, que os enfermeiros proporcionam conhecimentos aos estudantes, indo ao encontro do referido por Paiva (2008), que os enfermeiros necessitam possuir conhecimentos técnico-científicos, saber comunicar, ter sentido de escuta, ter mente aberta a novas ideias e ser sociável, entre outras. Sobressai também no excerto, que os enfermeiros proporcionam aos estudantes a aprendizagem por repetição, o que vai ao encontro da tipologia de aprendizagem por item, através de pedaços de informação separada e por treino (Bevis, 2005b):

(...) O En^o tem esse papel muito importante, que é tentar que o aluno consiga adquirir essas competências, proporcionando-lhes (...) essas áreas de saber ou conhecimentos ou repetindo no sentido de favorecer a sua aprendizagem, (...) acabam por servir como modelos (...). (Ent9PB)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A valorizam o enfermeiro como modelo no âmbito da PrS, na mobilização dos conhecimentos científicos, na competência profissional junto das pessoas, no dinamismo, no modo como gere os cuidados, o que vai ao encontro do referido por Alarcão & Tavares (2007), que os enfermeiros que supervisionam estágios, carecem de desenvolver com os estudantes capacidades comunicativo-relacionais, observacionais e analíticas, hermenêuticas e interpretativas:

(...) Foi com ele [En^o] que comecei a gostar mais de CS e mais de VD, porque ele tem muito isto da PrS, se for uma pessoa acamada avisa em relação às úlceras ao prestador de cuidados, (...) como é que se dá (...) banho para não molhar um penso, ou se aparecer um simples sinal no pé dirige-se ao CS (...) ele conhece os ficheiros e se a pessoa tem diabetes ou hipertensão, chega a casa vê, logo a fruteira que lá está, vê, logo a alimentação que a pessoa faz, (...) quando estava a fazer um penso abordava ali uma serie de temáticas da promoção e da EpS. (Ent17EA-3ºA/2ºS)

Estudantes do 1º Ciclo da Escola A valorizam os enfermeiros supervisores pelo questionamento e pela pesquisa a que estão sujeitos, o que conduz à reconstrução e reorganização de uma determinada prática (Simões et al., 2008):

O En^o também faz questões, também temos que ir pesquisar, (...) mas, (...) as questões nunca são tão elaboradas como para o Prof, é diferente. Acabam por ser questões mais práticas do dia-a-dia. (Ent5EA - 4ºA/2ºS)

(...) Depende do En^o, (...) de todos os En^{os} que estiveram comigo, senti sempre muita (...) “abertura”, no sentido de ter mais tempo para pesquisar

as coisas, mas (...) fazem perguntas e aprendemos muito na prática, é um complemento do Prof (Ent5EA-4ºA/2ºS)

Os professores e os estudantes do 1º Ciclo da Escola A conferem aos enfermeiros a dimensão da prática na comunidade. Estes ao acompanharem o processo de aprendizagem na prática funcionam como “díade de ligação” (Bronfenbrenner, 2002, p.162), entre a instituição escola e a instituição de saúde e entre esta e os settings da comunidade, facilitando a ação em benefício do estudante, através da “comunicação interambiente”, explicando os fundamentos do estágio, o que vai permitir o “conhecimento interambiente” (Bronfenbrenner, 2002, p.162). O autor diz que este conhecimento refere-se à informação antecipada, que existe num ambiente a respeito do outro, ou seja, o que se pretende com o estágio e como os contextos precisam responder, para que ocorra aprendizagem. É o que o autor designa por “currículo de atendimento” (Bronfenbrenner, 2002, p.43), para imbuírem-se nele, cuidando das pessoas com forte supervisão de pessoas com experiência nos cuidados, que se constitui como condição para as aprendizagens clínicas.

Para além das características já referidas, somos de considerar que o enfermeiro supervisor, no acompanhamento de estágios na comunidade, carece de ter boas relações sociais e de confiança, ser aceite na comunidade, ter conhecimentos sobre participação, trabalho em parceria e intersetorial, ser mediador entre as instituições e o estudante e usar a advocacia em prol do estudante, que é a pessoa em desenvolvimento e o centro neste processo:

O En^º conhece o contexto melhor que nós, (...) é um interlocutor privilegiado com o Est. mais na perspetiva prática, mais do fazer, vai para a comunidade que ele conhece, do envolver os parceiros da comunidade que ele conhece, (...) ele tem... abre a porta e tem muitas portas abertas (...) há esse conhecimento já construído e essa aceitação da própria comunidade e é muito facilitador, (...) En^º está mais direcionado para a prática. (Ent1PA)

(...) A principal ajuda, (...) pessoa que nos abriu a porta para entrarmos nesse grupo foi o En^º (...). Como (...) trabalha na comunidade (...) acaba

por ter muitos conhecimentos e a confiança é essencial para as várias instituições, porque há articulação entre as diversas instituições e a GNR é uma instituição (...) tem coordenação com o CS. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

Relativamente à prática direta de cuidados referem os estudantes da Escola B, resultar em benefício da sua aprendizagem ser supervisionado sempre pelo mesmo enfermeiro, por ter um conhecimento do que é pedido pela Escola, o que vai ao encontro do referido pelos enfermeiros no estudo de Simões et al. (2008, p.104) que é importante “conhecer as metodologias, estratégias e conteúdos da formação”. Os estudantes realçam, que por ser o mesmo enfermeiro, consegue identificar as suas necessidades (Simões et al., 2008) no sentido do desenvolvimento das suas competências, sentindo-se apoiados e em segurança:

(...) É muito mais benéfico para nós, [mesmo Enfo] porque tem conhecimento (...) dos projetos, dos trabalhos que estamos a desenvolver, consegue ajudar-nos mais, porque tem mais tempo para nós, como é só o aluno e o Enfo (...) consegue perceber quais os nossos métodos de trabalho, (...) onde é que podemos melhorar, (...) ajuda muito mais em estágio do que ter aquela equipa multidisciplinar a orientar-nos. (Ent2EB-3ºA/2ºS)

(...) Quando é aquele sistema de rotatividade, aprendemos uma coisa e quando estamos a fazer, chega outro e diz “eu não quero isto assim” (...). (Ent2EB-3ºA/2ºS)

Ainda relativamente à prática direta de cuidados referem os estudantes da Escola A, a importância que tem o enfermeiro no desenvolvimento das suas competências comunicacionais e relacionais com as pessoas e no modo de direcionar a sua intervenção para a singularidade e individualidade das pessoas:

Penso que os Enfos (...) do CS tiveram um papel bastante importante na nossa aprendizagem, (...) como fazemos PrS, (...) na construção de folhetos, (...) formas de comunicar, porque muitas das pessoas tinham grandes limitações na comunicação e a perspetiva deles ajudou-nos a conseguir uma melhor intervenção. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Ao ver que não estava a ser bem-sucedida (...) questionei a Enfª (...) sobre o porquê (...) não estar a dar resultado, (...) ela me alertou que eu (...) fazia o ensino, mas não o adaptava à realidade daquela Sra tendo de ir mais ao seu encontro. (REFL20-3ºA-2ºS-EA)

O papel dos enfermeiros como intervenientes no processo de aprendizagem nem sempre é visto de forma positiva. A sua supervisão é considerada pela ausência junto dos estudantes ligada a diversos fatores. Pode estar em presença física, mas não possuir os tais requisitos já referidos.

Os professores da Escola A consideram que relativamente ao conhecimento e desenvolvimento da PrS nos contextos hospitalares, os enfermeiros ainda se encontram numa perspetiva biomédica, pela não abertura à participação da pessoa no processo de cuidados (Antunes, 2008; Germani & Aith, 2013; WHO, 1986) e ausência de partilha de poder que é um dos objetivos do PNS 2012-2016 (DGS, 2012a), o que se vai refletir na construção de modelo profissional dos estudantes:

(...) Trabalhar (...) em contexto hospitalar, o empowerment das pessoas, (...) a EpS e a PrS, (...) é imprescindível que se faça, mas na cabeça das pessoas (...) não está esta perspetiva e (...) a perspetiva normativa, focalizada e hospitalocêntrica é a que prevalece. (Ent2PA)

(...) Falando (...) dos Enºs, (...) não estão (...) muito clarificados em relação àquilo que se pode pedir e até onde se pode pedir, ou não têm a abertura suficiente para receber (...) a intervenção mais ativa da pessoa no seu próprio processo de cuidados, (...) isto resulta (...) ainda muito numa perspetiva de diálogo que se quer construir, mas ainda com pouca visibilidade ao nível de cuidados (...) estamos ainda num nível muito mais filosófico do que aquilo que é prático. (Ent2PA)

Os professores da Escola A encontram nos enfermeiros, barreiras ao desenvolvimento da PrS no ensino clínico, ligadas à coconstrução do conhecimento nesta área devido a não terem conhecimentos neste âmbito, nem do que é enfermagem num paradigma de transformação e mais humanístico; fraca autorreflexão do que é a enfermagem e barreiras ligadas à organização dos

cuidados. Se o enfermeiro não tem estes conhecimentos e pouca abertura, como pode supervisionar estágios? Um dos requisitos é o enfermeiro ter conhecimentos científicos e mente aberta (Paiva, 2008). A falta de conhecimentos científicos de um modo geral e não em particular à PrS bem como a sobrecarga de trabalho, também foram identificados no estudo de Novo (2011):

Pensando no conceito da PrS, (...) sinto dificuldade em esses parceiros [Enf^{os}] (...) numa primeira fase, (...) depois é construído e discutido, mas (...) em que eles se situem na mesma perspetiva de coconstrução com o Est. de conhecimentos nessa área, por razões várias que têm a ver com a organização dos cuidados, com (...) diferentes referenciais em termos de enfermagem, (...) pouco autoconhecimento e pouca autorreflexão, com uma perspetiva dos Enf^{os} (...). (Ent2PA)

Os professores e estudantes do 1º Ciclo da Escola A verbalizam, que a PrS não é visível nos serviços. Como já referimos anteriormente, num estudo efetuado na China, os enfermeiros referem não realizar PrS na prática (Whitehead et al., 2008) e existe um conjunto de barreiras associadas com a cultura organizacional, que impede o seu desenvolvimento (Kemppainen et al., 2012). Isto indicia que nos contextos, mesmo nos CSP, a PrS não é uma prática habitual e torna-se difícil, que os estudantes a apropriem para a sua intervenção futura, porque esta prática é deficitária. Mesmo que o professor queira refletir com o estudante, como pode ele problematizar uma realidade que não faz parte da práxis?

(...) No estágio VIII, (...) continuo a sentir (...) quer da parte do Est. (...) quer da parte dos Enf^{os} cooperantes algum negligenciar (acho que é a palavra que transmite melhor o que tenho vindo a sentir) em relação à importância da PrS, porque (...) o que há (...) é uma hipervalorização da produção de cuidados por via daquilo que é desenvolver muita coisa num curto espaço de tempo. (Ent2PA)

(...) PrS, não tenho sentido que seja uma área nobre de desenvolvimento na prática de cuidados, (...) o que significa que os Est. quando vão para estágio, (...) na operacionalização, como não há uma produção efetiva de cuidados

por parte dos Est. (...) como não há uma valorização tão efetiva dessa área pelos Enfs, acaba por ficar um vazio que é trabalhado por nós. (Ent2PA)

Eu estou mais desperto agora do que no início do curso (...) só que isto (...) tem vários fatores aqui a intervir, (...) há Enfs que só fazem procedimentos técnicos, não fazem promoção nenhuma (...). (Ent5EA-4ºA/2ºS)

Eu passei por contextos (...) em que a PrS era “olhe, tem alta e pegue no folheto e qualquer coisa telefone ou pergunte à Enfª do CS”. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

Denota-se nas expressões dos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas, que a postura do enfermeiro não vai no sentido da construção do conhecimento, mas sim de uma negatividade sobre a pessoa em situação de cuidados, culpabilizando-a pelos seus cuidados, situando-se num paradigma biomédico (Carvalho, 2004a). Verifica-se igualmente, que já existe um assumir desta posição pelos estudantes face às pessoas e aos cuidados prestados:

Refleti com o Enfº cooperante sobre esta situação (...) e era consensual que a utente não tinha percebido a informação transmitida (...) não vinha às consultas (...) uma vez que não tem interesse em mudar os seus hábitos para ter uma melhor qualidade de vida.”. (REFL19-3ºA/2ºS-EA)

(...) Enfs com quem já estive e que dizem “olhe, fume dois maços de tabaco, você é que sabe”. (Ent2EB-3º A/2ºS)

(...) Há um certo tipo de população que tem que (...) se mostrar o lado drástico da situação para os fazer perceber e pensar que (...) nos deviam ouvir um bocadinho (...). (Ent2EB-3º A/2ºS)

A imagem do enfermeiro como modelo, na voz dos estudantes do 1º Ciclo da Escola B, parece nem sempre ser a mais adequada, pois acabam por “fazer coisas” para agradar ao enfermeiro, o que parece indiciar que as características relacionais e comunicacionais (Alarcão & Tavares, 2007), nem sempre são as melhores e estas

são fundamentais para a aprendizagem do estudante. Por outro lado, os estudantes sabem que estão a ser alvo de observação e avaliação, o que condiciona o seu modo de agir, adaptando-se ao modo de trabalhar do enfermeiro, por forma a agradar e a terem uma boa nota na avaliação (Simões et al., 2008). O ensino clínico deve ocorrer num ambiente de partilha mútua, de construção do conhecimento e gerador de ideias:

A nível do bom e do mau que se pode ser enquanto futuro profissional, que devemos tirar o bom e devemos perceber que certas coisas não as queremos fazer e tendo o modelo do Enfo (...) ganhamos certos vícios, (...) porque a convivência é estritamente apertada, é só com ele, mas permitenos também ter só uma metodologia de trabalho. (Ent2EB-3º A/2ºS)

Na perspetiva dos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas há enfermeiros, que são intervenientes ausentes, deixando os estudantes serem orientados por outros, que não sejam os pares, o que não é certamente bom, porque não os conduz ao desenvolvimento das competências próprias da profissão:

O Enfo (...) a cooperação dele foi mais no sentido de ligação com a escola ao longo do processo, tivemos mais o apoio dos Profs [da escola básica] e não do Enfo (...). (Ent4EB-4ºA/2ºS)

(...). Eles [médicos] chamavam-nos, porque éramos alunas e íamos ter com outros utentes (...) e os próprios médicos faziam desenhos e explicavam. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

A falta de apoio pelo enfermeiro na supervisão clínica também é um aspeto manifestado pelos estudantes do 1º Ciclo da Escola A, quando lidam com situações mais complexas como a multiculturalidade. Na realidade os enfermeiros manifestam dificuldades na prática clínica na interação com imigrantes, relacionadas com características étnicas e culturais (Reis, 2014), mas não podem deixar o estudante sozinho a tentar dar resposta nestas situações mais complexas, que são novas para

ele. Na opinião de Murray (2005) os estudantes podem aprender melhor numa relação baseada na confiança e apoio:

(...) A Enfª não me acompanhou nesta intervenção, [aleitamento materno Sra de etnia chinesa] estava sozinho, por um lado foi um desafio para mim, por outro lado, a Enfª (...) deveria ter estado presente, face à situação que era complexa. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

A falta de apoio pelo enfermeiro também é manifestada pelos estudantes do 1º Ciclo pela ausência de questionamento, o que contraria o referido por Simões et al. (2008):

(...) Eu podia ter feito aquele estágio, lá sentada numa cadeira e podia ter a mesma atitude dela, [Enfª.] (...) ela tinha-me passado à mesma, a Profª não está. Ela nunca me fez perguntas, mas no dia da avaliação fiz questão de mostrar o meu trabalho e aquilo que fiz à Profª (Ent18EA-4ºA/1ºS)

A ausência do enfermeiro na supervisão clínica também é pautada pelos estudantes do 1º Ciclo da Escola A, quer por não praticar quer por nem sempre mostrar disponibilidade para deixar praticar, talvez por receio de ser ultrapassado pelos estudantes por estes manifestarem conhecimentos mais recentes. A relação em estágio deve passar por uma partilha mútua, porque o estudante pode ter um conhecimento mais atualizado, mas não significa que se queira sobrepor:

(...) Todas as componentes teóricas que aprendi (...) na escola, nós queremos por em prática no contexto de estágio (...) muitas vezes somos barrados pelos próprios profissionais ou, porque (...) não sabem tanto como nós, estou a falar a nível teórico e acredito que sim, muitos estão a léguas de nós, (...) têm aquela mentalidade de “olha para este, vem agora para aqui, ainda nem acabou o curso e pensa que já sabe mais do que eu”, estou a falar ao nível da promoção. (Ent5EA-4º A/2ºS)

(...) Ela [Enfª] chegou-me a repreender, (...) porque dizia que uma tensão se via num minuto e eu estava cinco ou dez (...) eu dizia-lhe que para mim a

... pessoa vinha (...) não só para ver uma tensão, (...) se a pessoa tem alguma dúvida eu estou aqui para esclarecer, (...) se quisermos levar esta profissão a fazer só aquilo que é técnico, faz-se o que é técnico e esquece-se as pessoas (...) isso vai do modo com que nós estamos na profissão. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

Também é referido pelos estudantes do 1º Ciclo da Escola A, que existe incoerência, entre o que é a orientação conjunta (professor e enfermeiro) e a orientação exclusiva com o enfermeiro. Um dos requisitos básicos na supervisão é a relação de confiança entre todos os intervenientes (Carvalho, 2003; Simões et al., 2008):

(...) A atitude dos Enfs (...) é o tal “não quero chamar desleixo” quando o Prof está, fazem tudo, mas quando o Prof não está (...) vacila-se um bocadinho e se não for um aluno que pense “eu tenho que fazer da forma correta” o aluno também vacila (...) prejudica-se por causa disso. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

(...) Nós enquanto somos Est. temos um bocadinho de receio de dizer as coisas, porque (...) há pessoas que chumbam, porque não sabem, (...) cometeram um erro, mas também (...) há outras pessoas que chumbam e não é por não saberem é, porque são “entaladas” [pelo Enfº] por algum motivo ... (...). (Ent18EA-4ºA/1ºS)

(...) Em contexto, quando o Prof está, a atitude dos Enfs é outra (...), mas quando deixamos de ter Prof, a atitude (...) é outra para connosco (...) alguns são (...) acanhados, o aluno prejudica-se. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A também revelam menor apoio dos enfermeiros recém-formados, e sentem-se intimamente magoados por falta de acessibilidade, afetividade e de competências pedagógicas e relacionais, que os prejudicam no seu sucesso. Isto revela por parte dos enfermeiros falta de compreensão pelo estudante, como ser humano, com características próprias, psíquicas, biológicas, intelectuais e emocionais:

(...) Isso [acompanhamento dos Enfs] é uma falta que nós sentimos muito, (...) o que nós queremos é saber, (...) mas eu acho que muitos deles já se esqueceram que já passaram pelo mesmo percurso que nós e (...) dói mais quando apanhamos alunos da nossa escola (...) dificulta um bocadinho as coisas. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

(...) Recém-licenciados (...) que há mais ou há menos anos fizeram o mesmo percurso que nós, (...) depende (...) se for um aluno mais retraído que apanhe um Enfº desses acaba por se prejudicar, se for um aluno que quer aprender (...) sai mais beneficiado do que o outro. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A deixam como sugestão haver um trabalho mais próximo entre as escolas e os enfermeiros, numa fase mais inicial do curso, em que o estudante necessita de mais acompanhamento e de mais abertura por parte do enfermeiro:

(...) Devia haver uma outra sensibilização de quem é cooperante em estágio. Nos primeiros anos devia haver uma maior atenção e abertura, às vezes não há essa abertura em certos sítios e isso nem sempre é valorizado na escola. (Ent18EA-4ºA/1ºS)

O domínio **Avaliação da aprendizagem** contempla o que, quando e como se avalia e com graus distintos, que vão do macrossistema ao microssistema (Gaspar & Roldão, 2007). É uma das fases do desenvolvimento curricular centrando-se na avaliação do processo e dos resultados e constitui o mecanismo de regulação de todo o trabalho desenvolvido pelos estudantes (Roldão, 2003; Gaspar & Roldão, 2007), face aos objetivos definidos através do uso de instrumentos. É uma tentativa de determinar como está a realidade em comparação com determinados padrões ou critérios definidos pelo professor. A avaliação como construção social tem em conta os contextos, a negociação, o envolvimento dos participantes, os conhecimentos e os processos cognitivos, sociais e culturais. Deste domínio sobressaem duas categorias: formativa e sumativa.

A categoria **Formativa** refere-se a todos os mecanismos que acompanham o processo indo por sucessivas aproximações e redefinições de metas. A avaliação

formativa é processual, pois diz respeito às tomadas de decisão respeitantes ao processo de aprendizagem do estudante, ajudando-o a ultrapassar as dificuldades de aprendizagem e ao processo de ensino do professor, ajudando-o a introduzir medidas adequadas no sentido de uma pedagogia diferenciada e individualizada (Pacheco, 2001). Contudo, Barreira; Boavida & Araújo (2006) e Marinho; Fernandes & Leite (2014) referem que a avaliação formativa, num paradigma de avaliação para a aprendizagem e numa visão como metodologia de ensino antevê um apoio diário ao estudante na aprendizagem numa base de constante feedback, fortalecendo as suas aprendizagens. Este tipo de avaliação, no dizer de Marinho et al. (2014, p.155), recai “diretamente no processo de ensino-aprendizagem tendo como função melhorar as aprendizagens dos alunos mais do que as classificar”, afastando-se da avaliação formativa behaviorista, que tem dominado a pedagogia por objetivos. Ainda segundo estes autores, esta é “uma avaliação dinâmica, processual e contínua que, embora seja reconhecida como subjetiva, assenta em princípios de equidade, de uma ação justa e de um exercício ético e contempla numa lógica interdisciplinar a globalidade da formação” (p. 156). Também Bevis (2005f) refere, que o avaliador necessita centrar-se nos dados favorecedores para a aprendizagem e crescimento dos estudantes, num modelo crítico interpretativo, sendo que as discussões precisam incidir nos significados, que as experiências têm para os estudantes e que padrões emergem nos seus cuidados de enfermagem, no que “sabem” e como “sabem”.

No excerto seguinte os professores da Escola A demonstram ter alguma forma da regulação do processo de desenvolvimento curricular, da sua “pertinência, coerência e adequação” (Gaspar & Roldão, 2007, p.92), na PrS quando olham para o todo integrado que é o projeto curricular do curso ou em momentos mais formais como a discussão de trabalhos com os estudantes:

(...) Eu não tenho dados objetivos (...), mas se eu tiver uma perspetiva (...) transversal da importância da PrS nas diferentes UC e áreas científicas do curso, eu consigo ter indicadores em termos de avaliação da construção progressiva desse conceito, da apropriação desse conhecimento pelos Est. (...) nos momentos de avaliação formal (...). (Ent2PA)

(...) Os indicadores objetivos de avaliação que eu posso dar são estes, numa discussão de um plano de atividades com Est. do estágio VIII, (...) final de curso (...) se eu não vejo (...) espaço à corresponsabilização das pessoas no seu próprio processo de cuidados, eu vejo que (...) para aquele Est. a visibilidade do empowerment não existe (...). (Ent2PA)

Referem os professores, que os estudantes fazem a sua autorreflexão sobre o processo de aprendizagem, como se verifica nos excertos abaixo, que inclui não só o quê e o como ele desenvolveu, mas também as suas dificuldades. Diz Bevis (2005f) que ninguém sabe mais sobre o que foi aprendido, senão o estudante. Para este efeito é dada oportunidade aos estudantes, para narrarem verbalmente ou por escrito, o que se pode constituir como avaliação, que intensifica a reflexão sobre o processo educacional (Marinho et al.,2014):

De forma expressa, (...) temos muito a cultura de lhes darmos espaço para que eles nos digam como é que sentiram os momentos, como é que eles vivenciaram os processos (...) que eles possam discutir, (...) o que é que foi o processo. (Ent2PA)

(...) Eu estimulo que (...) eles façam uma avaliação crítica, conscientemente do que é que foi essa componente teórica para também nos ajudar. (Ent13PB)

Os professores da Escola A numa perspetiva de avaliação formativa contínua, em diferentes momentos conseguem ter o feedback da apropriação de conceitos e conteúdo. De acordo com De Ketele (1986), citado por (Barreira et al., 2006), na avaliação contínua o professor procura incorporar a avaliação formativa nas atividades de ensino e de aprendizagem, por forma a efetuar orientação individualizada da aprendizagem. Num paradigma de cuidar educativo não há forma de tirar notas conclusivas, pelas “dificuldades em medir a intuição, a percepção clara da situação, o cuidar compassivo, a reflexão, a criatividade ou a flexibilidade” Bevis (2005f, p. 296). A autora diz também que na avaliação, deve ter-se um olhar

holístico, vendo o que os estudantes fazem, bem como o modo como pensam e sentem, como nos parecem indiciar estes excertos:

(...) Os Est. dão-nos outputs muito importantes nos momentos mais formais e (...) informais, (...) lemos nas entrelinhas quando eles apresentam trabalhos, (...) nos colocam questões, (...) nos enviam material, (...) dizem o que lhes vai na mente, (...) o que eles estão a valorizar, ou se (...) se apropriaram (...) é uma forma de eles nos darem esse feedback, (...) de forma latente. (Ent2PA)

(...) Se eu vejo (...) uma outra coisa (...) que é entrar com “receitas” de utilizar esta ou aquela estratégia para os outros grupos ou para aquelas pessoas sem conhecer (...) quais são as particularidades daqueles grupos e daquelas pessoas, eu tenho que avaliar que para aquele Est. a valorização da corresponsabilidade das pessoas não é muita (...) são formas que eu tenho de fazer esta avaliação transversal. (Ent2PA)

Nas seguintes expressões dos professores das duas Escolas é possível verificar, que a avaliação não diz apenas respeito ao estudante, mas também ao professor. A avaliação contínua de regulação interativa baseada no construtivismo permite ao professor, reorientar as atividades e diferenciar o ensino, tendo por base a informação recolhida, pelo que o professor precisa estar atento aos avanços e às dificuldades dos estudantes para melhor adequar a sua intervenção pedagógica, e aos estudantes vai permitir autorregular as suas aprendizagens. A avaliação vai assim contribuir para a formação do estudante, corresponsabilizando-o a superar as suas dificuldades (Barreira et al., 2006):

Por vezes eles [Est.] não se dimensionam, ou não têm essa consciência (...), mas têm esse estatuto e têm a possibilidade de co construir muito até, porque introduzimos melhorias (...) em relação a processos que não nos parecem tão bem, porque eles não os vivenciaram de forma tão adequada (...). (Ent2PA)

Ele faz a sua autoavaliação, vê se os conteúdos estão ajustados, (...) os alunos fazem a avaliação de todas as UC, quer teóricas, quer práticas, quer teórico-práticas, onde eles dão a opinião se os conteúdos estiveram ajustados às situações que eles encontraram no ensino clínico (...).
(Ent14PB)

Na avaliação, num paradigma de aprendizagem educativa, implica haver interação na relação entre professor e estudante, numa relação simétrica e não assimétrica. O professor num paradigma educativo (Bevis, 2005d) tem que ser coformando e não se colocar numa posição de poder, o estudante e o professor estão juntos na crítica sobre a produtividade da aprendizagem, numa relação igualitária, o que parece não existir na fala seguinte:

Através da avaliação dos estágios dos próprios Est ahahah eles (...) identificam necessidades, (...) sabemos que não é fácil, pela própria assimetria, pelo próprio poder Prof / aluno, mas podemos arranjar formas (...) de eles nos fazerem chegar sugestões, (...) no sentido de integrar outro tipo de conteúdos, outro tipo de abordagens no currículo que lhes permitam ter depois uma intervenção mais adequada para... (Ent1PA)

Sobressai nas falas dos professores das duas Escolas a autoavaliação, mas não como processo sistemático e contínuo. Os professores não têm desenvolvido esta atitude, propondo aos estudantes, que realizem autoavaliação de modo pontual (Barreira et al., 2006) no final de cada período teórico ou de estágio.

Na avaliação para a aprendizagem a autoavaliação necessita ser dirigida a objetivos de pequena dimensão e ao longo do percurso escolar do estudante, de forma a fragmentar os grandes temas em partes mais pequenas e mais fáceis de ensinar (Barreira et al., 2006), permitindo acompanhar o estudante e incentivá-lo ao desenvolvimento das suas capacidades de fundamentação e argumentação:

Os Est. (...) dão contributo (...), porque eles fazem sempre a avaliação das atividades que são efetuadas com eles, no final dos estágios eles fazem autoavaliação com sugestões para os próximos estágios e eles fazem a sua avaliação informal entre uns e outros. (Ent4PA)

(...) Eu falo em concreto da UC de Saúde Infantil e Pediátrica, em que estão definidos objetivos gerais e específicos e (...) os conteúdos que estão estruturados de modo a que esses objetivos sejam atingidos (...) não só pela avaliação que fazemos aos alunos e também pela própria autoavaliação.
(Ent14PB)

Nos excertos seguintes os professores da Escola B procuram avaliar através da avaliação formativa, como os estudantes estão a realizar, e a progredir na aprendizagem, e procedem a regulações, de forma a introduzir alguns ajustes com vista ao seu aperfeiçoamento (Bevis, 2005f), mas parece ainda existir uma relação de dizer como fazer, dando sugestões, ou identificam o correto e menos correto, para que o estudante a partir dessa identificação organize a sua aprendizagem. Trata-se de uma “avaliação como descrição” (Guba & Lincoln, 1989), pois o sentido que a orienta, é centrada no modo como os estudantes atingem os objetivos de aprendizagem desejados, assinalando os pontos fortes e os pontos fracos do processo (Bevis, 2005f; Guba & Lincoln, 1989; Marinho et al., 2014) e não no sentido de uma reflexão crítica sobre as experiências da prática, alcançando os seus progressos, as suas dificuldades e tomada de decisão sobre o que fazer para o sucesso:

(...) O Prof tem o papel de (...) orientação e supervisão em que refletimos com os Est. e (...) com os profissionais de saúde, qual o desempenho, quais os aspetos positivos e menos positivos (...) de forma a dar-lhes o feedback e eles melhorarem ao longo do ensino clínico (...). (Ent10PB)

(...) Tomo nota (...) dos incidentes críticos, em conformidade com o instrumento de avaliação que é o instrumento objetivo que o aluno (...) valoriza, porque é isso que nos vai servir de base quando fazemos uma entrevista (...) de avaliação individual. (Ent14PB)

[reunião intercalar] (...) quando são Est. mais tímidos, também lhes dizemos, há estratégias, há meios, vamos rever a comunicação, (...) técnicas de entrevista, como é que se pode levar a que esse ensino venha a ocorrer e

de uma forma mais confortável para o Est. e com o objetivo de dar a informação pretendida para aquele utente. (Ent13PB)

A construção de uma avaliação que permita a regulação contínua do processo educativo, exige que os critérios de avaliação sejam conhecidos e assimilados pelos estudantes. As falas seguintes indiciam a regularização com base em critérios de competências definidos para o estágio, em data precisa previamente estabelecida, que ocorre entre professor, enfermeiro e estudante, o que exige tempo e requer grande capacidade de observação dos profissionais envolvidos. Como metodologia de tipo formativo na avaliação para a aprendizagem estes critérios poder-se-ão constituir num verdadeiro guião a aplicar de forma diária e constante (Barreira et al.,2006). Bevis (2005f) salienta que as competências em enfermagem facultam a experiência em que pode ser expandida a arte que a enfermagem é, mas e citando Peters (1966) há diferenças entre o “saber como” (competências) que requer mais habilidade que compreensão, pois não tem conteúdo cognitivo de grande abrangência; e o “saber coisas” que requer grande quantidade de conhecimentos devidamente assimilados, que vão permitir ter raciocínio sobre outros campos, outras experiências e coisas. Refere ainda que “saber como” são avaliados no paradigma behaviorista, pois relacionam-se com os tipos de aprendizagem por item, diretiva e racional e o “saber coisas” relaciona-se com os tipos de aprendizagem referente ao contexto, sintática e investigativa:

(...) Há instrumentos de avaliação de competências gerais e específicas na área (...) da obstetrícia têm imensos itens onde os alunos são avaliados em questão de PrS. (Ent15PB)

(...) Têm que estar subjacentes (...) pressupostos pedagógicos sendo que neste momento atual o instrumento de avaliação dos Est. pressupõe, (...) domínios agregados das competências dos En^{fs} de cuidados gerais onde na (...) dimensão da PrS há (...) indicadores que o Est. tem que atingir do 1º ao 4º ano no domínio da PrS. (Ent16PA)

Nas expressões dos professores das duas Escolas sobressai a avaliação formativa participada, partilhando os professores o poder da avaliação, envolvendo os enfermeiros como intervenientes, para ajudar os estudantes a superar dificuldades, o que se enquadra na terceira geração de avaliação “formulação de juízos de valor” (Guba & Lincoln, 1989) em que as avaliações fornecem elementos de ordem valorativa. A avaliação adota assim o papel de facilitador na tomada de decisões na regulação do ensino e aprendizagem; a recolha de informação vai além da classificação, os contextos de estágio estão envolvidos no processo de avaliação; sendo fundamental a declaração de critérios para apreciação (Fernandes, 2005; Marinho et al., 2014):

(...) A meio do estágio está preconizado um momento formal quer com o En^o, quer com a aluno no sentido de se ajustar, ver e perceber se (...) o aluno está a desenvolver as atividades de acordo com aquilo que estava preconizado. (Ent6PA)

(...) Fazemos (...) reuniões, (...) com carácter mais formal, (...) em momentos importantes da formação, (...) no início, (...) a meio, (...) no fim desse percurso formativo em teoria, (...) também em prática, com os En^{os} (...) o que é que temos, o que é que conseguiram, que expetativas é que tinham, o que é que já atingiram, de que forma é que podemos melhorar, o que é que ainda perspetivam (...) atingir mais (...) deve ser dos momentos em que o Est. mais participa no seu processo formativo. (Ent13PB)

As Escolas têm instrumentos de avaliação com critérios definidos para os estágios, mas não está explícito se os mesmos são aplicados de forma diária e sistemática, num processo de acompanhamento necessário ao reforço da autoconfiança que promova um espírito crítico sensível e construtivo (Barreira et al., 2006):

(...) O aluno preenche um instrumento de avaliação, (...) onde tem aspetos científicos, pedagógicos, relacionais, comunicacionais, éticos etc, eu e os equiparados fazemos a nossa avaliação tendo já a informação da equipa, o En^o A ou o B, que diz se o aluno esteve com ele como foi, (...) colhe-se a informação junto do En^o. (Ent14PB)

[Est.] (...) Faz, um momento mais formal, (...) a meio do estágio, em que utiliza o próprio instrumento de avaliação da escola em que estão delineados itens de avaliação para (...) diferentes competências (...) não só da mobilização de conhecimentos naquela área específica da enfermagem (...) em termos relacionais, (...) comunicacionais e habilidades (...). (Ent7PA)

Para além da avaliação intercalar são referidos pelos professores e estudantes do 1º Ciclo outros momentos de avaliação formativa, indo ao encontro da avaliação de regulação interativa proposta por Allal (1986), citado por (Barreira et al., 2006), que defende o recurso a práticas de avaliação essencialmente formativas, informais, partilhadas e contextualizadas:

(...) Quando eu avalio a intervenção dos Est. junto do utente, também estou a avaliar como ele desenvolveu as atividades de EpS junto daquele indivíduo, daquela família (...). (Ent5PA)

(...) Avaliação faço (...) sempre junto com o Enº que assistiu à sessão, são focados os aspetos pedagógicos, como é que decorreu, muitas vezes é por grupo, mas há sempre aspetos que cada Est. aborda per si, (...) e também o global da sessão em si, isso é sempre focado. (Ent9PB)

(...) Com o Prof e com o Enº, houve avaliação intermédia com discussão de um estudo de caso de cuidados. (Ent5EA-4º A/2ºS)

Verifica-se ainda que no momento da avaliação, se por um lado é dado espaço ao estudante para ser ouvido e ser referido que é um momento de aprendizagem para o professor e para o estudante, que são fatores positivos de uma “avaliação alternativa” (Marinho et al., 2014), por outro lado, o estudante necessita centrar-se em aspetos positivos e negativos, mas essencialmente negativos, em que se baseia a avaliação de aprendizagem tradicional (Marinho et al., 2014):

O aluno traz a sua autoavaliação (...) damos sempre a possibilidade do aluno tomar em primeiro lugar o uso da palavra, (...) eu também lhes digo que (...) é um momento para todos nós aprendermos, eles aprendem connosco e nós

aprendemos com eles, ele (...) manifesta genericamente as suas dificuldades, relacionais, comunicacionais, os seus conhecimentos, as situações que teve (...) aquilo que (...) conseguiu fazer, o seu planeamento de cuidados, se teve alguma dificuldade no planeamento e na organização. (Ent14PB)

Professores da Escola B parecem prestigiar e valorizar os momentos de avaliação da SEpS como importantes ao desenvolvimento da aprendizagem pelos estudantes, dando como sugestão o planeamento das mesmas ficar registado, de modo a espelhar os aspetos a melhorar na teoria, e para todos os intervenientes terem uma perceção global de todas as fases de planeamento com visibilidade de mudança, resultante de implicações práticas no terreno:

(...) Deveríamos de uma forma sistematizada que (...) planeamento dessas atividades [EpS] estivesse sempre escrito, que houvesse um documento, que a avaliação fosse sempre referenciada àquela intervenção e no fim, nos aspetos a melhorar, (...) nós vemos em que componentes teóricas, nós poderíamos intervir no sentido de melhorar essa componente. (Ent13PB)

(...) Isto iria obrigar (...) a todos nós, quer quem está na teoria, quer quem vai fazer o acompanhamento e supervisão do ensino clínico, mesmo até (...) os parceiros que estão no terreno, termos esta capacidade de haver sempre uma sistematização em termos de planeamento, com todas as fases, objetivos, o que é que se pretendia atingir com as metodologias e as estratégias, a avaliação e depois todos recebermos o feedback dessa avaliação. (Ent13PB)

Parecendo situar-se na quarta geração de avaliação proposta por Guba & Lincoln, (1989), sobressai na fala dos professores da Escola A, a avaliação construtiva potenciando a reflexão sobre o processo educacional (Marinho et al., 2014):

A avaliação (...) é um processo, (...) desde o início, (...) é um feedback que se vai recebendo, a partir do momento que ele [Est.] percebeu a conceção eu já estou a avaliar até que ponto ele está a conseguir (...) desenvolver, o

que é que desenvolveu (...) refletindo com ele da importância daquilo, de eles poderem mobilizar no futuro e o final conseguido desta situação concreta, portanto vejo a avaliação neste timing, (...) uma avaliação de tudo o que foi construído, (...) a avaliação de todo o processo naquela situação concreta. (Ent7PA)

Relativamente ao ensino teórico os professores da Escola A salientam ter dificuldade em avaliar, porque não há critérios definidos ao longo do currículo, que permitam ir avaliando e pelos poucos momentos em que ocorre PrS, pelo que os professores dão sugestões de serem criados critérios de avaliação:

Nada está claro neste currículo, como se pode fazer a avaliação, (...) não nos permite dizer “preto no branco” que é feita PrS, mas (...) podem ser encontrados critérios (...) que nos permitam dizer a determinados pontos do programa que nos conteúdos curriculares estão desenvolvidos aspetos relacionados com a PrS (...) não estão organizados da forma que nos permitam dizer “é aqui” não temos é nada que nos permita avaliar isso. (Ent17PA)

Sendo um currículo em que o desenvolvimento de cada uma das UC está desenhado (...) contribuir cumulativamente para o desenvolvimento das competências do En^o (...) de cuidados gerais, teoricamente, (...) seria possível ir avaliando à medida que as UC se vão desenvolvendo, pensarem na construção de (...) indicadores que permitissem avaliar a forma como aquela competência está ou não a ser desenvolvida (...) ficamos um pouco sem perceber essa evolução no tempo, ao longo do curso, (...) (Ent8PA)

A categoria **Sumativa** corresponde à avaliação de resultados baseada na verificação (provas, testes, trabalhos e outros) do rendimento do estudante ou grau de domínio do estudante numa área de aprendizagem. A avaliação sumativa é realizada de uma forma geral no final de cada UC ou no final do estágio, e consiste, em identificar, se o estudante responde aos objetivos previamente fixados e se adquiriu as competências necessárias, para prosseguir para novas etapas do processo de aprendizagem. É atribuída sob a forma de “nota” e está associada à

certificação (Marinho et al., 2014). A avaliação da aprendizagem consubstanciada apenas à classificação poderá edificar-se num processo redutor, porque o número não traduz o global das aprendizagens:

A nossa exigência é muito consubstanciada na avaliação (...) quantitativa, sumativa, porque temos que dar uma nota no final de (...) de cada semestre, (...) não chega, (...) temos que ter uma avaliação muito cuidada e sobretudo tendo esta multiplicidade de variáveis em conta, [maturidade e relação]. (Ent1PA)

Também a nível do 2º Ciclo sobressai nas falas dos professores da Escola B e dos estudantes da Escola A, que na UC “Promoção da Saúde” o tipo de avaliação é numérico que se traduz em classificação através de dois instrumentos de avaliação: frequência e trabalho:

(...) A avaliação final, global da UC [PrS], tem sempre (...) cinquenta por cento para a componente mais conceptual, em que é feita a avaliação através de frequência escrita, (...) e os restantes cinquenta por cento através da componente prática dos trabalhos. (Ent12PB)

(...) Esta disciplina [PrS] foi avaliada com um teste final. (Ent19EA-CMEC)

Neste seguimento parece emergir na seguinte expressão uma certa “obsessão” dos professores sobre a importância da classificação, pois o questionamento dos estudantes sobre o grau de exigência da frequência e a resposta dada pelos professores recai numa dupla avaliação dos trabalhos, já que a frequência contempla conteúdo já avaliado em percentagem igual, o que significa que os estudantes têm que ter a capacidade de reproduzir, o que lhe foi transmitido pelos professores e o conteúdo dos trabalhos efetuados pelos pares, com a finalidade de lhes ser atribuída uma classificação (Fernandes, 2005):

(...) Uma percentagem significativa dos Est. (...) vem colocar algumas interrogações na avaliação teórica da UC [PrS], (...) da (...) frequência (...) o argumento (...) foi o grau de exigência da frequência (...) mais profundo do

que aquilo que foi objeto da explanação em aula, o argumento que nós temos é que o nível de exigência da frequência não é apenas e só o nível de explanação em aula, (...) o nível da exigência, é afeto (...) aos trabalhos e ao nível do mestrado. (Ent12PB)

A avaliação sumativa feita em teoria no 1º Ciclo apesar de ter outros instrumentos que não a frequência, acaba por convergir na classificação, conforme excertos dos professores da Escola B e dos estudantes das duas Escolas. Apesar dos professores referirem a existência de grelhas de indicadores de avaliação, não deixa de confluir para a classificação, pois existe a ideia de que a subjetividade da avaliação, pode ser ladeada se se recorrer a diversos instrumentos para confirmar mais rigor à mesma (Marinho et al., 2014). Estas grelhas, na opinião de Bevis (2005f) não são mais que critérios que constituem provas de demonstração de comportamentos, que depois são quantificáveis e não são úteis na aprendizagem educativa:

[avaliação em teoria 1º Ciclo] (...) a elaboração do projeto tem a mesma cotação em partes iguais da componente teórica que é lecionada, (...) há uma avaliação por frequência da componente teórica (...) onde a tal aquisição de conhecimentos, na componente da elaboração do projeto, (...) tem (...) grelhas de avaliação quer para o trabalho escrito, quer para a apresentação e no total tem cotações em partes iguais. (Ent13PB)

A nível sumativo tivemos (...) uma frequência para testar os conhecimentos que tínhamos apreendido nesse percurso teórico, mas esta parte da PrS era quase nula (Ent5EA-4º A/2ºS)

A teoria teve alguma cotação que foi incluída em algum instrumento de avaliação que foi na frequência (...) tinha sido uma das matérias lecionadas que foi mesmo a PrS, (...). (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

Na voz dos estudantes do 1º Ciclo da Escola A a avaliação parece ter um carácter punitivo ou ameaça, talvez porque a avaliação é qualificada como uma medida, que detém o poder de aprovação ou reprovação (Bevis, 2005f; Marinho et al., 2014),

determinando a transição do estudante e não usada como oportunidade de ensino (Bevis, 2005f):

Aluno pensa assim, se não fizer [o que é pedido pelo Prof] (...) vou sofrer as consequências na nota. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

O foco nos resultados e na atribuição de uma classificação “nota” emerge nos discursos dos professores da Escola B, numa perspetiva de avaliação centrada nos resultados, a preocupação dos professores em serem ‘justos’ e valorização de aspetos comportamentalistas, orientada para o controlo, que caracteriza uma avaliação centrada na prática de realização das mesmas atividades ou similares por todos os estudantes do mesmo estágio (Bevis, 2005f; Marinho et al., 2014). Este tipo de avaliação é consistente com os tipos de aprendizagem por item, diretiva e racional (Bevis, 2005f):

(...) Eles [Enfºs] dão a informação sobre o aluno (...) valorizam (...) a parte relacional, (...) se ele não dialogou com a criança, se houve pouca comunicação com o pai ou com a mãe, com a pessoa que está a acompanhar a criança, se os pais estavam muito ansiosos e ele não se apercebeu (...) etc e (...) esses aspetos, (...) vou utilizar para ser mais criteriosa na avaliação do ensino clínico, para lhe atribuir uma nota, (...) mais justa (...). (Ent14PB)

Nós vamos tomando notas ao longo, [estágio] porque no final é um bocado complexo (...). Vamos registando os incidentes críticos (...). (Ent14PB)

Em síntese e face aos objetivos traçados para este estudo: Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular e identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS, reconhecemos neste tema diferentes modos de conhecimento dos professores nos domínios: construção de abordagem dos conteúdos da PrS, processo de aprendizagem, intervenientes no processo e avaliação da aprendizagem e neste seguimento, somos de discutir estes resultados à luz da conceção, desenvolvimento e avaliação curricular, do processo de cuidar de Bevis e Watson (2005) e dos modelos de Neuman (1995), Pender (1996) e do

modelo de Meleis (2010) numa perspetiva do desenvolvimento do estudante. Identificamos também diferentes sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS nos mesmos domínios. Na figura 11 apresentamos um exemplo do modo como fizemos a síntese dos dados a partir do tema e domínios. Assim na conceção curricular, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos e os estudantes atribuem os seguintes sentidos à aprendizagem da PrS no domínio CONSTRUÇÃO DE ABORDAGEM DOS CONTEÚDOS DA PrS:

- Os professores:
 - Acerca dos conceitos de saúde, PrS e empowerment: existe assimetria face à relação entre os mesmos. Uns focam a PrS na intervenção sobre os determinantes de saúde, baseando-se na compreensão da saúde como um produto;
 - Outros apresentam dificuldade nesta relação, complexificando a apreensão da mesma pelos estudantes para a intervenção da PrS;
 - A principal dificuldade sobre o conceito de EpS, centra-se em a considerarem mais abrangente e mais complexa que a PrS. Outros consideram que tem uma orientação para a mudança de comportamentos e prevenção da doença, ou seja, a mesma orientação que tem a PrS, solidificando a confusão entre os conceitos, sendo que esta não é produtora de conhecimento pelos estudantes;
 - Consideram a relação dos conceitos de PrS e EpS como interdependentes em que a Eps é uma estratégia da PrS, sendo que na prática utilizam estes conceitos, como tendo o mesmo significado, sendo o que prevalece nos discursos dos estudantes;
 - Destacam a subjetividade do conceito de bem-estar numa perspetiva dinâmica e sua relação com saúde, não incluindo outras variáveis;
 - Salientam a existência de um fosso do ideal para o operacional da PrS, relativamente ao empowerment relacionado com o acesso da população aos cuidados de saúde e da sua noção de direitos e deveres com a saúde, como cidadão;
 - O conhecimento que passa para os estudantes é que, se se intervém por antecipação, está-se a prevenir algo;

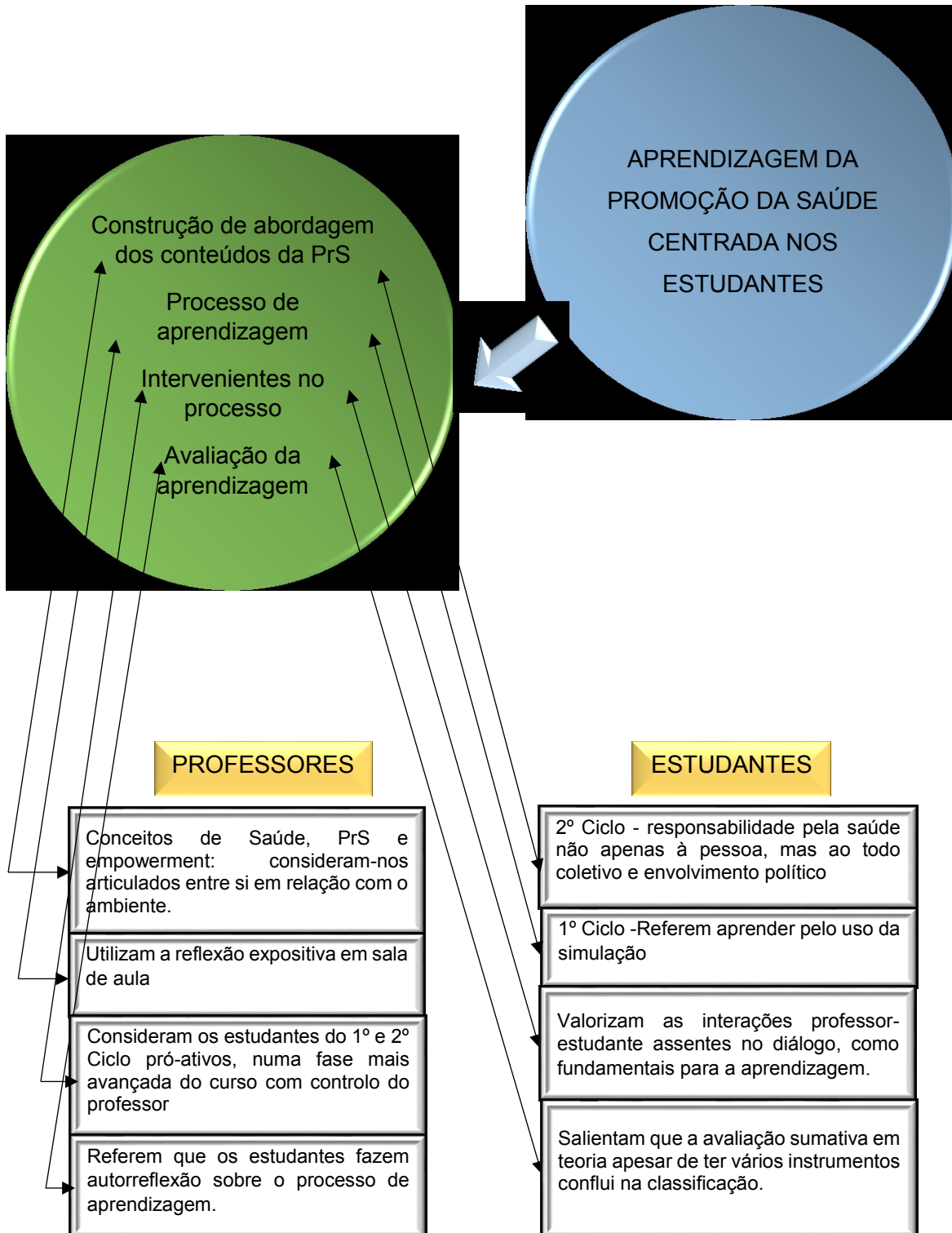


Figura 11 – Exemplo da síntese do tema aprendizagem da PrS centrada no estudante, segundo os professores e estudantes

- Evidenciam o empowerment como partilha do poder e do conhecimento, e é entendido como um meio para a responsabilização em saúde pelas pessoas e comunidades, para o desenvolvimento de capacidades cognitivas e subsequente tomada de decisão informada, nos contextos de cuidados de saúde e em todos os contextos em que a pessoa participa e vive, fortificando a autoestima, a capacidade de adaptação ao meio e desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade;
- Sobre o conceito de qualidade de vida consideram-no como sendo subjetivo, articulado com os conceitos de saúde e bem-estar e com o modo como a pessoa interage no mundo que a rodeia, o que depende do estado psicológico de cada pessoa e das condições materiais em que se desenvolve;
- Salientam o conceito de estilos de vida como comportamentos adquiridos por socialização na interação entre as características pessoais de um indivíduo, interações sociais e condições de vida socioeconómicas e ambientais que influenciam a saúde individual e a saúde coletiva;
- Acerca do enfermeiro como promotor de saúde salientam algumas das atitudes, competências e conhecimentos fundamentais para o cuidar na PrS, tais como: ter formação em multiculturalidade para aquisição de competências, a fim de garantir “a coerência cultural nos cuidados”; a adequação e a flexibilidade para com as pessoas de outras culturas ou com literacia mais baixa; saber negociar direcionando o foco para aquela pessoa de acordo com a sua etapa de vida; destacam que deve conhecer os recursos e as parcerias para dar resposta às pessoas, famílias e comunidade, o que implica um conhecimento da realidade da comunidade, numa abordagem sistémica;
- Sobre os conteúdos considerados de PrS, destacam-nos como alicerçados e mobilizados a partir das patologias, situando-se nos níveis de prevenção da HND num paradigma tradicional, em que a orientação nos cuidados é centralizada na prevenção dos fatores de risco e das suas complicações, sendo esta a orientação que transita para os estudantes do 1º Ciclo, com advertências normativas para a mudança de hábitos;
- Sobre os conteúdos abordados no 1º Ciclo, referem: determinantes de saúde; cidadania; compreensão holística da pessoa no seu contexto; estratégias de

intervenção; settings de intervenção; formas de avaliação; EpS como uma estratégia da PrS; EpS para prevenção dos fatores de risco; abordagem com foco na doença; fases da HND; PrS nos cuidados ao doente do foro mental e psiquiátrico; PrS nas situações de urgência; intervenção na área de saúde materna e obstetrícia e pediatria; teorias de enfermagem; conceito de PrS nos vários programas nacionais de saúde; PrS nas consultas de enfermagem orientada para a mudança de comportamentos e aspetos éticos na PrS; multiculturalidade com etnia cigana; conceito de PrS e EpS com grupos;

- Salientam que os estudantes têm dificuldade na apropriação do que é a cidadania e ser cidadão no SNS;
- Sobre os conteúdos abordados no 2º Ciclo, os professores, salientam os seguintes: modelos e teorias de PrS e EpS; projetos na comunidade; dinâmicas de grupo com abordagens promotoras; o enfermeiro enquanto líder de projetos; o enfermeiro como promotor de saúde na comunidade; planeamento em saúde e elaboração de projetos.
- Consideram que a complementaridade entre as UC devia ser mais objetiva e clarificadora para os estudantes, que se encontram numa etapa de vida que é jovem, que não lhes permite fazer a reflexão do que é isto de ser pessoa integrada num determinado ambiente⁹;
- Sobre as metodologias de abordagem, relevam os modelos específicos no 2ºCiclo: modelo de crenças de saúde, modelos cognitivos e de aprendizagem social que correspondem ao “foco comportamental” servindo a informação apenas como um elo do processo. Um outro modelo referido é o comunitário que integra vários conceitos-chave: “reforço do poder”; “princípio de participação”, “selecção de um problema” e “criar uma consciência crítica”.
- Realçam as orientações do Processo de Bolonha para a reflexão do estudante, não tendo sido compreendido da mesma forma por todos os professores, sendo que a aliança professor-conteúdo não responde ao novo paradigma de formação;
- Recorrem a dinâmicas de grupo, centrados numa aprendizagem por item;
- Destacam as orientações nacionais, entre as quais o PNS 2012-2016, que salienta a responsabilidade na saúde dos cidadãos e setores da comunidade, a

⁹ Cf. Veríssimo, 2002, p.186

centralidade do cidadão nos cuidados e apresenta os eixos estratégicos aos quais o enfermeiro tem que responder; e salientam os programas nacionais de saúde;

- Nas orientações internacionais salientam a declaração de Alma-Ata, a Carta de Ottawa como a impulsionadora e referencial da PrS. Referem a declaração de Adelaide que enfatiza as políticas públicas, a de Bangkok e a do México.

- Os professores e os estudantes do 2º Ciclo:

- Atribuem a responsabilidade da saúde não só à pessoa, mas também à comunidade e *lobby* político, no sentido de responsabilidade coletiva a reforçar a ação comunitária.
- Salientam o modelo de empowerment, que sendo um processo social multidimensional, visa a promoção de mudanças nas políticas públicas.

- Os estudantes¹⁰:

- Nem todos valorizam a pessoa no processo de cuidados não partilhando o poder, ao usar o modelo informativo;
- Mostram dificuldades na conceção do empowerment no processo de cuidados, ao considerá-lo como uso do poder na verticalidade, uso de modelos informativos, esperando eficácia nas respostas das pessoas, o que não permite a consciencialização das pessoas no contexto da reflexão-ação sobre a sua saúde;
- Dão sentido ao uso dos IBE observação e pensamento crítico, que lhes permite o desenvolvimento de habilidades de pensamento reflexivo na ação e sobre a ação;
- Consideram que os conteúdos de PrS são suficientes e realçam a abordagem do conceito de PrS, sendo este um conteúdo insuficiente para o desenvolvimento de competências com o indivíduo, família e comunidade no empowerment; outros salientam a multiculturalidade com etnia cigana;
- Os modelos e teorias de PrS e EpS abordados não fazem sentido para os estudantes, que não os mobilizam em estágio, nem os mencionam nos relatórios, embora refiram que foi abordado o modelo de empowerment. O planeamento em saúde contribui para o desenvolvimento de projetos de intervenção com a

¹⁰ Quando referimos apenas estudantes, queremos dizer que são os do 1º ciclo

comunidade a partir do diagnóstico de saúde, sendo uma metodologia de trabalho e não conteúdo específico de PrS;

- Consideram que teoria é insuficiente para a sua aprendizagem;
- Identificam a declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, não sabem o seu significado para a PrS, nem de outras cartas e declarações, não conseguindo discutir e refletir sobre as mesmas.

▪ Os professores e os estudantes:

- Referem encontrar em UC complementares contributos multidisciplinares para a operacionalização da EpS, nas Metodologias de Formação e Formação em Saúde, no que se refere às estratégias, objetivos, modelos de EpS e planeamento de uma SEpS e conhecimentos das CSH, sobre: compreensão da pessoa como ser multidimensional; revoluções da saúde, mudança de comportamentos; prevenção; comportamentos salutogénicos e intervenção familiar.
- Referem a declaração de Jakarta que reflete a PrS no século XXI, no sentido de promover a responsabilidade social para a saúde; ampliar e fortalecer parcerias para a PrS; aumentar o empowerment comunitário e individual, entre outros.

No desenvolvimento curricular e no domínio PROCESSO DE APREENDIZAGEM, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos e os estudantes os seguintes significados:

▪ Os professores:

- Revelam que a PrS não é uma prática efetiva dos enfermeiros, mesmo em contexto domiciliário.
- Os professores salientam as narrativas escritas, mas estas são sucintas e assistemáticas, não permitindo a transformação do conhecimento e de paradigma.

▪ Os Professores e estudantes:

- Valorizam a simulação e as narrativas como estratégias educativas a utilizar no processo de aprendizagem da EpS;

No desenvolvimento curricular e no domínio INTERVENIENTES NO PROCESSO é considerada a aliança professor-estudante-enfermeiro. Os professores mobilizam os seguintes conhecimentos, relativamente aos estudantes e aos enfermeiros e os estudantes identificam os seguintes sentidos relativamente aos professores e enfermeiros:

- Os professores:
 - Julgam os estudantes como passivos, articulando com os estádios de desenvolvimento; por fazerem uma aprendizagem estanque; ao responsabilizá-los pela sua formação e por estereótipos e conceções acerca da enfermagem, cabendo ao professor organizar novas praticas pedagógicas;
 - Parecem denunciar serem os próprios a criar a passividade aos estudantes devido aos conteúdos da PrS estarem isolados, estanques e não transversais relacionados com a “aprendizagem por item” que promove a aprendizagem por pedaços de informação separada;
 - Salientam que os enfermeiros supervisores devem possuir requisitos para o desenvolvimento de competências do estudante.
- Os professores e os estudantes:
 - Consideram que a PrS não é visível nos serviços, o que dificulta a apropriação pelos estudantes.
- Os estudantes:
 - Consideram haver passividade entre os pares;
 - Esperam mais do professor para o alcance da aprendizagem educativa a partir das experiências.
 - Valorizam o enfermeiro: como modelo na PrS; na mobilização dos conhecimentos científicos; na competência profissional junto das pessoas; no dinamismo; no modo como gere os cuidados; pelo questionamento e pela pesquisa a que estão sujeitos;
 - Sobre a prática direta de cuidados, referem resultar em benefício da sua aprendizagem ser supervisionado sempre pelo mesmo enfermeiro; que os

- enfermeiros podem favorecer o desenvolvimento das competências comunicacionais e relacionais com as pessoas; que os enfermeiros podem direcionar a sua intervenção para a singularidade e individualidade das pessoas;
- Acabam por “fazer coisas” para agradar ao enfermeiro, o que prejudica a sua aprendizagem.

Na avaliação curricular e no domínio AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos e os estudantes identificam os seguintes sentidos:

- Os professores:
 - Regulam o processo de desenvolvimento curricular, da sua pertinência, coerência e adequação na PrS em momentos formais;
 - Procuram através da avaliação formativa, avaliar como os estudantes estão a realizar e a progredir na aprendizagem e procedem a regulações de forma a introduzir alguns ajustes com vista ao seu aperfeiçoamento numa relação de dizer como fazer, com sugestões, ou identificam o correto e menos correto e não numa reflexão crítica sobre a prática;
 - Relevam que na avaliação formativa contínua conseguem ter o feedback da apropriação de conceitos e conteúdo;
 - Destacam que para a avaliação tem que haver interação na relação entre professor e estudante numa relação simétrica, situando-se num paradigma de aprendizagem educativo;
 - Valorizam a avaliação das SEpS no desenvolvimento da aprendizagem pelos estudantes;
 - Evidenciam que a avaliação da aprendizagem consubstanciada apenas à classificação é um processo redutor;
 - Mostram “obsessão” acerca da classificação por duplicação de instrumentos;
 - Manifestam preocupação em serem ‘justos’;
 - Salientam que a avaliação sumativa, em teoria, apesar de ter vários instrumentos conflui na classificação;
 - Valorizam aspetos comportamentalistas, orientados para o controlo;

- Revelam que o foco nos resultados e na atribuição de uma classificação “nota” é centrada nos resultados.
- Os professores e os estudantes:
 - Salientam que para além da avaliação intercalar existem outros momentos de avaliação formativa.
- Os professores e estudantes do 2º Ciclo:
 - Revelam que na UC “Promoção da Saúde”, o tipo de avaliação é classificativo.
- Os estudantes:
 - Salientam que a avaliação sumativa tem um caráter punitivo, ou “ameaça”.

3.2 INTERVENÇÃO CONTEXTUALIZADA NO DOMÍNIO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A intervenção contextualizada no domínio da PrS consiste na interação entre enfermeiro e pessoa com intenção de cuidar na PrS, segundo a metodologia científica do PE para o cuidado profissional, tendo como foco de interesse a pessoa como ser biopsicossocial, cultural e espiritual e a sua singularidade, mobilizando o pensamento crítico para a tomada de decisão clínica em enfermagem, constituindo-se como uma das competências do enfermeiro, no domínio da prestação e gestão de cuidados gerais (OE,2011a). No processo de cuidados o enfermeiro possui um quadro de referência que preconiza uma conceção teórica baseada num modelo teórico de enfermagem, utilizando o pensamento crítico na recolha e interpretação e análise dos dados, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, de acordo com o descrito no *Standard* da Prática Baseada no Conhecimento (CRNBC, 2012). Assim este tema emerge caracterizado por diferentes domínios, de acordo com as etapas do PE (Figura 12).

No domínio **Avaliação diagnóstica** emergem as categorias: Indivíduo, Família e Comunidade considerando estes como o cliente de cuidados (CIPE®, 2011), integrando na comunidade o estudo dos grupos e da comunidade mais alargada.

A avaliação diagnóstica refere-se à primeira etapa do PE pela qual o enfermeiro, no processo de cuidados com o indivíduo, família, grupos, comunidades, populações, colhe e analisa dados das dimensões: física, psicológica, sociocultural, espiritual, habilidades funcionais, cognitivas, de desenvolvimento, económico e estilo de vida (ANA,2010; Potter; Perry & Ostendorf, 2015), através dos instrumentos básicos em enfermagem (IBE) ou com o contributo de outros instrumentos a fim de identificar as necessidades e/ou problemas, após a análise dos dados.

A metodologia científica é abordada nas duas escolas no 1º ano (PECE-EA; PECE-EB).



Figura 12 - Intervenção contextualizada no domínio da PrS, domínios e categorias

O estudante utiliza a metodologia do PE no processo de cuidados (Amendoeira, 2000), suportando-se num modelo de enfermagem, enquanto estrutura para o julgamento clínico e planeamento de uma abordagem individualizada para as intervenções em qualquer área da prática profissional, tal como refere a fala dos professores.

(...) Utilizando a (...) metodologia científica, (...) aquilo que ele [Est.] considera que é o seu conceito (...) de saúde, de enfermagem, (...) tendo em conta o modelo teórico (...) ele vai ter de perceber como é que aquela

pessoa desenvolve as suas atividades de vida, para perceber como é que a pessoa acha que é o seu estilo de vida. (Ent4PA)

A categoria **Indivíduo** releva-se importante na abordagem da saúde da pessoa enquanto ser único, indissociável e com múltiplas dimensões, o que de acordo com o paradigma salutogénico, procura-se saber como é que a pessoa realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio: físicas, biológicas, psicológicas e sociais (Antonovsky, 1991, 1993, 1996):

Se nós não virmos de uma perspetiva ecológica o indivíduo englobado no seu contexto familiar, social, a parte psicológica e todos esses aspetos (...) a tal mais-valia de toda a PrS e de todos esses conceitos no sentido que valorizamos o indivíduo nessas dimensões e não só (...) na doença. (Ent9PB)

Os professores relevam a compreensão da pessoa não só na doença, mas nas dimensões física, psicológica e social. Destacam também a compreensão da pessoa nas suas relações a nível micro no contexto familiar e num contexto mais abrangente, que é o meio em que vive na dimensão sociocultural. De acordo com Neuman (1995) é importante a compreensão do cliente e suas respostas humanas em relação com os fatores inter, intra e extrapessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente. Refere o PNS 2012-2016 (DGS, 2012a), que os profissionais devem interessar-se por uma perspetiva holística e salutogénica da saúde e valorar a sua intervenção pelo impacto na saúde e bem-estar:

(...) A preocupação de nós entendermos, como Enf^{es}, não só o sintoma ou o (...) modelo biomédico, mas (...) ir mais além e ser mais abrangente e aquilo que o indivíduo sente, ou diz que tem ou percebe é importante para esse bem-estar, a nível psicológico, social (...). (Ent9PB)

(...) Se nós estamos com um indivíduo temos que perceber tudo sobre ele, (...) saber com quem é que ele vive, que relação (...) tem com a comunidade etc, no fundo o seu contexto externo e interno, dentro daquilo que ele vive. (Ent4PA)

Durante a consulta de enfermagem, os estudantes do 1º Ciclo desenvolvem atitudes de interação, que se constituem como significativas para o estabelecimento da relação de confiança junto da pessoa, para transmitir segurança e apoio (Amendoeira,2000). Uma destas atitudes sobressai na expressão seguinte, traduzindo a privacidade individual relativa à proteção da dignidade da pessoa e manutenção do processo social. Esta é uma questão ético-legal e moral, que exige responsabilidades dos profissionais de enfermagem no processo de cuidar na PrS, uma vez que são atributos fundamentais no processo de negociação para o empowerment (Hermansson & Martensson, 2010):

O simples gesto de fechar a porta (...) teve um propósito e uma razão, que (...) foi o de promover um ambiente de privacidade à Doroteia, bem como à (...) filha, criando um espaço propício ao desabafo das suas emoções e preocupações, sem que outras pessoas (...) tivessem que ouvir ou presenciar a situação. (REFL2-3ºA-2ºS-EA)

Também o sentido de escuta e compreensão da situação são desenvolvidos pelos estudantes do 1º Ciclo. O contacto de calor e proximidade e ser atencioso são atributos, que favorecem a relação de confiança entre quem cuida e é cuidado para o empowerment, pois este é um processo contínuo e não um produto final (McCarthy & Freeman, 2008):

Vendo a Doroteia a chorar daquela forma, decidi deslocar-me para perto dela e colocar-lhe a (...) mão no (...) ombro, limitando-me a ouvir o que ela e a filha tinham para dizer. Decidi tomar esta atitude para promover algum conforto e para a Doroteia se sentir acompanhada, demonstrando-lhe que enquanto profissional de saúde estava ali disponível para a escutar e compreender. (REFL2-3ºA/2ºS-EA)

A colheita de dados dos hábitos da pessoa é feita no internamento ou na consulta de enfermagem, quer nas unidades de saúde quer no domicílio, baseada num modelo teórico de enfermagem, nas orientações emanadas pela DGS através dos

vários programas nacionais de saúde, permitindo a monitorização da situação e continuidade dos cuidados.

É considerado pelos estudantes a centralidade da pessoa no processo de cuidados na avaliação dos hábitos da mesma (Amendoeira,2000). No centro da PrS estão as pessoas como recurso principal para serem decisores, gestores e coprodutores de saúde (WHO, 1986; DGS, 2012), valorizando os seus hábitos, as suas crenças e valores que são considerados determinantes de saúde proximais, no conjunto dos fatores individuais e preferências nos estilos de vida (Dahlgren & Whitehead, 1991):

Este princípio [pessoa no centro dos cuidados] é conseguido quando o En^o se preocupa em conhecer os hábitos da pessoa cuidada e valoriza as suas crenças e os seus valores, respeitando as decisões que esta toma. (REFL3-3ºA/2ºS-EA)

As visitas domiciliárias (VD) enquanto estratégia estruturada revelam-se como o melhor meio para uma avaliação mais rigorosa e por outro lado, no dizer de Holt & Warne, (2007), as pessoas ao sentirem-se no seu ambiente permitem uma interação mais facilitadora, permitindo a caracterização no contexto, onde interferem os fatores. As VD são valorizadas pelos estudantes do 1º Ciclo e professores, por favorecerem a observação no local de habitação, de aspetos relativos à pessoa nos seus elementos humanos, físicos, ambientais, económicos, que influenciam os estilos de vida e que se refletem na saúde, numa dinâmica complexa pessoa/ambiente (Neuman,1995; OE, 2001; Kérouac et al., 1994):

(...) Entramos na casa das pessoas e conseguimos ver pela observação, o espaço físico que a pessoa tem, as condições sanitárias (...) condições a nível de alimentação, se tem alimentos que possa consumir, no fundo conseguimos ir ao cerne (...) da vida da pessoa. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

(...) No domicílio [Est.] conseguem aperceber-se mais dos recursos que as pessoas têm, das condições habitacionais, conseguem aperceber-se no sentido da qualidade de vida daquela criança, da PrS daquela criança e da própria família (...). (Ent5PA)

No âmbito dos programas nacionais de saúde, os estudantes do 1º Ciclo, colhem dados através da observação física das pessoas cuidadas, com recurso a diferentes técnicas. (Potter; Perry & Ostendorf, 2015):

O Est. faz a observação dos pés e questiona o Sr como são feitos os cuidados (...) o Sr diz que lava e põe creme (...) nos pés e entre os dedos, (...) o Est. pergunta quem lhe corta as unhas, o Sr diz ser ele e (...) tem a impressão que uma está a encravar (...) Est. comenta para ter atenção a isso. (OP26-CEPNPCD - 4ºA/2ºS-EA)

A fala seguinte remete para uma colheita de dados centrada na pessoa e orientada para a intervenção na PrS acerca dos hábitos de transporte de mochilas e o desenvolvimento motor harmonioso das crianças:

A Est. pergunta à criança (6 anos) como é que transporta a mochila e se esta é pesada. A menina diz que não é pesada e que a coloca com as duas alças nos ombros e nas costas para não ficar “marreca”. (OP19-CEPNSIJ - 4ºA/1ºS-EA)

Verificamos na expressão abaixo que o foco de atenção do estudante é a hipertensão e a sua relação com a gestão e adesão à terapêutica, mas nada explorado, apenas breves comentários. A “medicação certinha”, ou seja, os seis certos para a administração da terapêutica, (Clayton e Stock, 2006, citado pela OE, 2010b), para a pessoa pode não ser o mesmo que é para a estudante. O PNPCDC (DGS,2006b) orienta para uma abordagem na redução dos riscos e potenciação da concretização do tratamento adequado. Ficaram por colher dados dos hábitos da pessoa acerca do padrão alimentar e ingestão de líquidos, padrão de exercício físico, passíveis de EpS:

(...) Est. avalia a TA e diz ao Sr que ele tem 161/76 e pergunta-lhe se ele faz a medicação certinha e ele diz, “sempre certinha, que é importante. Olhe, hoje de manhã tomei leite com Nesquik e meia torrada sem manteiga. Mas a TA está altita hoje”, diz a Est. O Sr diz que foram os doces e o queijo da

serra, porque não costuma tê-la tão alta, costuma andar no 14 ou 15. (OP20-CEPNPCDC-4ºA/2ºS-EA)

Na consulta de enfermagem de Planeamento Familiar os estudantes do 1º Ciclo não se centram na pessoa, mas no motivo da procura dos cuidados, o que remete para uma avaliação da parte e não como um ser multidimensional com variáveis interrelacionadas (Neuman,1995), situados num paradigma da categorização caracterizado pela conceção dos fenómenos de modo isolado (Kérouac et al.,1994):

A Est. diz que a avaliação na consulta de Planeamento Familiar depende do que a Sra vai lá fazer, se for citologia, autoexame, ecografia, se vai buscar contraceptivos. (OP14-CEPNSSR-3ºA/2ºS- EB)

Foi também observado, que os estudantes do 1º Ciclo se preparam na véspera, para orientarem a avaliação das crianças nas consultas centrando-se na idade da mesma, o que vai ao encontro do PNSIJ (2013), que calendariza as consultas para idades-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida das crianças e às etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, socialização, alimentação e escolaridade, contudo, isto não quer dizer que seja a idade o organizador da consulta:

Sobre os dados a avaliar na consulta do ESG temos que ter em conta a idade...eu sei de véspera as consultas que vou ter e sei as idades e preparo-me para falar com as mães. (OP18 -CEPN SIJ-3ºA/2ºS-EB)

Para além dos programas nacionais de saúde os estudantes seguem a documentação do sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), sendo este o organizador da consulta, esquecendo a mobilização de um modelo de enfermagem. Os modelos de enfermagem têm uma perspetiva de cuidados centrados na pessoa como sujeito ativo desses mesmos cuidados e relação de parceria entre quem cuida e quem é cuidado, sendo que para Neuman (1995), a pessoa é o núcleo do sistema. Quanto ao pensamento estruturado de utilização de um modelo teórico, podemos dizer, que o estudo das teorias da motivação, interação, holística, adaptação, sistémica, é abordado na Escola A no 1º ano (PECE-EA) e na Escola B é abordado

o modelo biomédico, as correntes de pensamento, as concepções teóricas e a teoria das necessidades de vida, de Virgínia Anderson também no 1º ano (PECE-EB). Durante a observação participante, os modelos não foram mobilizados, nem na colheita de dados, nem nos registos de enfermagem, efetuados pelos estudantes das duas escolas. Também não foram mobilizados nas reflexões, nem nos relatórios do CPLEEC da Escola B:

Na primeira consulta ao recém-nascido foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: Monitorização do peso corporal; Monitorização da altura; Monitorização do perímetro cefálico; Monitorização do IMC; Vigilância do desenvolvimento da criança; vigilância dos reflexos da criança (...) questionados quais os conhecimentos sobre a alimentação do bebé. (RFE1-4ºA/1ºS-EB)

Aquando da apresentação dos estudos de caso na Escola A os estudantes do 1º Ciclo mobilizaram o modelo de Roper, Logan & Thierney (1995), o que nos faz pensar, que os modelos de enfermagem são utilizados em trabalhos académicos, mas não nos contextos da prática, como já se verificou anteriormente até, porque não são exigidos pelos enfermeiros, uma vez que seguem o aplicativo informático:

AV Comer e beber: Hábito: pesava 68 kg antes da gravidez; faz 4 refeições diárias; refere que a sua alimentação é variada à base de grelhados e cozidos; come cerca de 3 peças de fruta por semana; come legumes todos os dias; ingere cerca de 1 litro de água por dia; refere não beber café nem consumir bebidas alcoólicas. (OP37-EC-4ºA/1ºS-EA)

Os estudantes do 1º Ciclo sustentam a avaliação em manuais existentes nos serviços, sendo que estes constituem-se num acúmulo de pesquisa efetuada pelos estudantes quando estão em estágio. Questionamos a qualidade dos mesmos como orientadores da colheita de informação junto das pessoas, uma vez que deveriam ser sujeitos a uma avaliação fidedigna.

A colheita de dados sustenta-se também nos cuidados antecipatórios, que segundo a DGS (2013) devem ser valorizados como fator de PrS e de prevenção da doença,

concedendo aos pais e/ou cuidadores, os conhecimentos em benefício da criança e ao exercício da parentalidade. Seria importante, que os estudantes mobilizassem os saberes da intervenção familiar, para uma visão sistémica da família como unidade de cuidados e não apenas como suporte de cuidados (Figueiredo, 2009):

A Est. diz que a avaliação na consulta de saúde infantil – ESG dos 5-6 anos, tem por base um manual que existe no CS e nos cuidados antecipatórios. (OP18 -CEPNSIJ-3ºA/2ºS-EB)

Tendo como foco a pessoa cuidada os estudantes do 1º Ciclo observam também, o modo como os seus cuidadores lhes prestam os cuidados, e como promovem o seu próprio autocuidado, valorizando-os como corresponsáveis no processo de cuidados, avaliando os seus saberes no cuidar, o que vai ao encontro do referido por (Marques, 2005), pois um familiar dependente, constitui uma potencial ameaça para a saúde física e emocional dos cuidadores. Também aqui seria importante que os estudantes mobilizassem os conhecimentos da intervenção familiar, já desenvolvidos no 3º ano do curso (PECE-EA; PECE-EB) para uma visão sistémica da família como unidade de cuidados e não apenas como contexto de cuidados (Figueiredo, 2009):

(...) Verifiquei que quando a pessoa tentava posicionar o doente (...) para nós realizarmos (...) tratamento de uma ferida, (...) a Sra realizava esse movimento sozinha, (...) tentava pegar em peso o seu doente para o movimentar. (Ent6EB-4ºA/2ºS)

Envolvimento do utente/família/cuidador na consecução dos objetivos (...) o que implica uma avaliação (...) dos conhecimentos (...) experiencias, (...) é necessário o envolvimento de todos. (RFE3-CPLEEC-EB)

No ensino clínico denotava-se alguma insegurança pelos estudantes na mobilização do conhecimento para a prática, quer nas questões colocadas às pessoas, quer pela consulta frequente do aplicativo SAPE ou do “*aide mémoire*”, na busca de orientações para a colheita de dados, esquecendo a relação com a

pessoa, o que dificulta a intervenção na PrS. Isto também vem confirmar a não utilização de um modelo teórico de enfermagem, que possibilite o raciocínio e julgamento clínico da situação da pessoa, inibindo o raciocínio para o diagnóstico de enfermagem:

A Est. mal olha para a Sra faz-se silêncio entre as partes, a Enfª não está presente e a Est. já fez isto pelo menos cinco vezes, porque ora consulta o SAPE, para se orientar nos aspetos a avaliar, ora vai clicando para fazer o registo do que já questionou à Sra nos itens pré-definidos. (OP14-CEPNSSR-3ºA/2ºS- EB)

Est. sentada à secretária consulta uma pequena “cábula” que traz no bolso e com os olhos centrados no papel vai colocando as questões à Sra (OP28-CEPNSSR - 4ºA/1ºS-EA)

A categoria **Família** refere-se a um “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo”. (ICN, 2006, p.171).

Cuidar da família implica focalizá-la como unidade e integrá-la na prática dos cuidados de enfermagem, com impacto na PrS. A intervenção poderá ser centrada na família como cliente em que a ênfase é dada aos aspetos interacionais e funcionais da mesma, por exemplo, centrada nos processos de transição conjugal associados à saída dos filhos e situação de reforma, ou na família como contexto partindo da identificação de dependência de um dos membros e cujas estratégias de intervenção se centram na família como suporte dos cuidados a esse indivíduo. De acordo com Figueiredo (2009) o PE na família inclui dois níveis: um dirigido a cada membro e outro dirigido aos subsistemas e aos processos interativos do sistema.

A intervenção familiar, na Escola A, é abordada no 3º ano (PECE-EA). Na Escola B são abordadas as “Estratégias de Intervenção em Saúde Comunitária: na família (...)” no 3º ano (PECE-EB).

Para a abordagem à família constatámos pela análise dos relatórios finais de estágio, que os estudantes do 1º Ciclo “entram” na família através da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. Contudo, os da Escola B desenvolvem os cuidados nas USF, o que está em consonância com Friedman (1998) que refere que os cuidados às famílias podem ser desenvolvidos em qualquer serviço de saúde, interagindo muitas das vezes apenas com a pessoa que recorre aos cuidados. Os da Escola A planeiam as VD e acompanham as famílias no seu contexto, o que está em acordo com Figueiredo (2009), pois permite maior eficácia nas intervenções desenvolvidas e maiores ganhos em saúde para as famílias, no entanto, na maioria das situações não conseguem reunir mais que a pessoa doente e o seu cuidador.

Avaliar a saúde no contexto da família, significa entender a sua estrutura, funções, desenvolvimento e relação do processo saúde-doença com a finalidade de cuidados de enfermagem centrados na mesma enquanto cliente e unidade de intervenção, e são geridos por uma abordagem sistémica (OE, 2011b).

A Enfermagem tem ao seu dispor um conjunto de diferentes técnicas (Loureiro & Miranda, 2010) ou instrumentos de avaliação familiar, que permitem uma orientação da intervenção com as famílias, entre os quais se destaca o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (Stanhope & Lancaster; 2011; Wright & Leahey, 2009), como se verifica na fala seguinte:

Para a avaliação da família há modelos (...) de Calgary, (...) eles desenvolvem com a família determinados instrumentos de avaliação familiar, o genograma, ecomapa. (Ent4PA)

O modelo de Calgary é uma estrutura que permite avaliar a família nas suas múltiplas dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional numa abordagem sistémica, cujo foco de atenção é o sistema familiar e não o indivíduo isolado, mas como um subsistema, funcionando como interdependentes (Friedman, 1998). As

dimensões são interdependentes, decidindo o enfermeiro sobre a avaliação de cada uma delas, de acordo com o tipo de família.

O seu uso facilita a compreensão do funcionamento familiar nas suas interações, o que por sua vez possibilita a avaliação dos seus membros e a observação das alterações na sua dinâmica (Figueiredo, 2009; Wright & Leahey, 2009).

É referido pelos professores da Escola B, que o sistema de informação não permite o registo da colheita de informação efetuada através deste modelo, pelo que pode ser entendido pelos estudantes como algo exigido apenas no âmbito académico e não profissional, dificultando o processamento e transformação de dados fulcrais ou informações vitais para a tomada de decisão em PrS, dificultando a qualidade da prática de enfermagem:

(...) Os instrumentos que utilizam são o modelo de Calgary, mas não (...) puro, (...) seguem todo o esquema da família numa perspetiva sistémica e utilizam todos os passos embora com algumas “nuances” de acordo com o que o sistema informático (...) lhe permite, (...) ainda não lhe permite fazer o registo na totalidade, (...) têm que fazer em papel (...). (Ent9PB)

Outro instrumento utilizado pelos estudantes é o genograma, que permite caracterizar o sistema familiar e a sua composição em três gerações, bem como a imagem do indivíduo e os acontecimentos na vida da família e como as relações familiares são importantes para a saúde de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2009; Stanhope & Lancaster, 2011) e a identificação dos problemas potenciais, sendo um instrumento valorizado para a PrS e saúde coletiva (Loureiro & Miranda, 2010), mas tal como os dados provenientes do modelo de Calgary, dizem os professores, que não podem ser registados em suporte informático:

(...) É fundamental, para uma avaliação mais precisa [da família Galinha] a construção de um Genograma e de um Ecomapa. (RFE6-3ºA/2ºS-EA)
(...) O genograma, ecomapa, eles fazem, mas fica em suporte de papel (...). (Ent9PB)

O ecomapa é um instrumento fundamental, que permite identificar, rapidamente, os elementos da família e as suas relações e ligações com o contexto externo, bem como as relações sociais e familiares (Stanhope & Lancaster, 2011), permitindo analisar as ligações que geram tensão. Ecomapa e Genograma permitem completar a avaliação estrutural e são muito úteis na compreensão dos processos familiares (Wright & Leahey, 2009) e para “o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa” (Figueiredo, 2009), sendo fundamentais para a PrS:

O ecomapa permite-nos visualizar os tipos de ligações que os membros da família [Rola] têm entre si e entre os recursos da comunidade. (RFE3-3ºA/2ºS-EA)

Através do Ecomapa da família [Rola] conseguimos perceber que existem várias ligações sob “stress” nesta família. (RFE3-3ºA/2ºS-EA)

Para termos um fio condutor, seleccionámos o estudo de uma família de cada Escola, que elucida como o percurso foi efetuado desde a avaliação inicial até à avaliação final. Do número de relatórios analisados sobre intervenção familiar, nenhum tem uma avaliação que integre as diversas áreas de funcionamento familiar na sua totalidade (Friedman, 1998). Isto pode dever-se a diversos fatores, como a oportunidade de interações que o estudante teve com a família ou apenas com um dos elementos da mesma; a disponibilidade da família para responder ou ter apenas contactado com a mesma em contexto de Unidade de Saúde e não em contexto domiciliário:

As principais dificuldades sentidas no decorrer deste trabalho centram-se nas limitações comunicacionais do Sr A (...) devido ao seu acidente de viação, (...) falhas de memória e a falta de acompanhamento por parte dos seus familiares à UCSP (...). (RFE11-3ºA/2ºS-EB)

(...) A aplicação do instrumento de colheita de dados foi bem-sucedida uma vez que o indivíduo se dirige frequentemente ao CS e se mostrou completamente disponível em ceder todas as informações necessárias. (RFE15-3ºA/2ºS-EB)

Pode ser também pelo curto período de estágio:

(...) Capacidade de realizar, num curto espaço de tempo, um trabalho (...) com todas as informações condensadas acerca da família (...). (RFE11-3ºA/2ºS-EB)

Ou pode ser ainda, pelo facto dos cuidados prestados à família como sistema, na maioria das Unidades de Saúde, ainda não ser uma realidade, mas apenas centrados no indivíduo doente, (Figueiredo,2009) e daí a não disponibilidade da família para colaborar com os estudantes, como se verifica nos excertos seguintes:

A minha escolha não foi fácil (...) é bastante custoso encontrar uma família que se mostre disponível para colaborar connosco e nos dispensar algumas horas para nos fornecerem a informação necessária. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Importa aqui, sobretudo, perceber que dados foram colhidos tendo a família como cliente de cuidados, que tipo de juízo clínico foi feito pelos estudantes e qual a tomada de decisão para os cuidados no âmbito da PrS.

Assim, no global da dimensão estrutural, os estudantes procuram estudar a família enquanto sistema aberto e estrutura básica (Neuman,1995) acerca dos microdeterminantes e macrodeterminantes de saúde: fatores individuais e preferências nos estilos de vida, influências comunitárias e suporte social, acesso a serviços de saúde e condições de vida e de trabalho (Buss & Filho, 2007). Segundo Neuman (1995) estes fatores inserem-se nos fatores intra, inter e extrapessoais.

Os estudantes da Escola A mobilizam o modelo teórico de Roper et al. (1995) e os da Escola B, não fazem qualquer referência à sua utilização, para fundamentar a prática.

Na dimensão estrutural os estudantes das duas Escolas colhem dados referentes à composição familiar, com a identificação dos membros, género, idade, profissão, laços de pertença, tipo de família, homem e mulher com um ou mais filhos biológicos e classe social. A avaliação do género é importante na medida em que as crenças, influenciadas pelas interações, podem implicar diferentes experiências familiares que originam tensões e conflitos (Figueiredo, 2009; Wright & Leahey, 2009):

Sr A é reformado e frequentou a escola até à quarta classe, (...) sem aproveitamento. A Sra B é auxiliar de ação médica na cidade (...). Inscreveu-se (...) num Centro Novas Oportunidades, acabando por adquirir o 12º ano de escolaridade. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Na dimensão estrutural os estudantes do 1º Ciclo procuram identificar as relações estabelecidas entre os membros da família e a família alargada, bem como a influência desta no funcionamento da família nuclear, o que também é útil para a participação nos cuidados na PrS:

A Sra B [família Bacalhau] (...) diz (...) que a família do marido (...) não gosta dela e a tratou mal em vários momentos e que deixou de conviver com eles, não os considerando elementos da família (...). (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Na dimensão estrutural os estudantes do 1º Ciclo colhem informação sobre os sistemas mais amplos, dos quais damos alguns exemplos, como as interações sociais em que a família participa, sejam instituições sociais, família alargada ou pessoas significativas. Inclui também as instituições de saúde, instituições religiosas, instituições de lazer e cultura, contexto profissional e ainda os amigos. Possibilita uma visão do sistema familiar com os contextos com os quais interage, e equaciona a sua utilização como recurso (Figueiredo, 2009):

(...) Sobre a ligação que tem com a igreja e religião [a Sra B família Bacalhau], mostra-se muito reticente e refere que é católica e que quando era mais nova gostava muito de ir à igreja, (...) buscar alguma esperança para a sua vida. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Quanto à UCSP (...) a Sra B [família Leão] mantém uma relação distante com a instituição, (...) raramente acompanha A (apenas comparece quando solicitada). (...) (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

No que concerne ao ambiente na dimensão estrutural contexto, os estudantes do 1º Ciclo caracterizam o espaço onde vive a família, avaliando as áreas de conforto, barreiras ambientais e arquitetónicas, tipo de pavimento, instalações sanitárias,

espaços de entrada, entre outros (Figueiredo, 2009; Wright & Leahey, 2009). A observação destes permitiu, ainda, avaliar se a presença destes fatores, interfere na função instrumental da família, ou seja, no desenvolvimento das atividades de vida (Figueiredo, 2009), para formular os diagnósticos e planejar intervenções de PrS, pois o meio ambiente interfere na qualidade de vida das pessoas.

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A avaliaram a habitação na dimensão funcional instrumental na AV Manter Ambiente Seguro. Sugerimos que o registo seja efetuado em local próprio e depois, na análise se faça o raciocínio crítico desta influência.

Os estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas avaliaram o tipo de aquecimento utilizado pela família, mas não os seus conhecimentos sobre a utilização do equipamento, como sugerido por Figueiredo (2009), pois não é o tipo de aquecimento que determina, o que planejar no âmbito da PrS, mas o modo como as pessoas sabem usar as suas habilidades e mobilizar os conhecimentos na promoção da sua segurança.

Os estudantes da Escola B avaliam os dados relativos à higiene da habitação, promotoras de condições favoráveis para a saúde. Contudo, não especificam todos os indicadores essenciais: “ausência/presença de aglomeração de louça suja; ausência/presença de objetos espalhados pelo chão; ausência/presença de roupa acumulada pelas divisões da habitação; presença de insetos e roedores; ausência/presença de paredes, teto e pavimentos sem manchas ou outros resíduos; ausência/presença de pó acumulado e de gordura” (Figueiredo, 2009, p.272).

Colhem dados sobre o sistema de abastecimento de água e saneamento básico. O tratamento de resíduos diz respeito à saúde individual e coletiva, constituindo-se como um recurso para a saúde, e por isso a família tem de ter conhecimentos sobre a sua importância (Siqueira & Moraes, 2009):

A habitação tem escadas, com diversas carpetes soltas e não antiderrapantes (RFE1- 3ºA/2ºS-EA)

Os resíduos sólidos são depositados nos contentores de lixo comum (não fazem triagem dos resíduos) que se encontram próximos da habitação e recolhidos pelos serviços municipalizados todas as segundas e quintas-feiras. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Acerca do ambiente artificial os estudantes têm preocupação em avaliar a existência de infraestruturas de serviços básicos que suportem a recolha dos resíduos domésticos, mas apenas avaliam se a família realiza ou não a triagem dos mesmos e não os conhecimentos das mesmas sobre: o que é e a importância desta atividade na saúde individual e coletiva nem os conhecimentos sobre a triagem, sendo que os estudantes da Escola A não mobilizam os saberes adquiridos em Saneamento Básico no 1º ano (PECE-EA). Na Escola B estes conteúdos são abordados na Saúde Ambiental no 4º ano (PECE-EB), pelo que não conseguem fazer a avaliação das famílias, nesta ótica.

A recolha dos resíduos domésticos é entendida como recurso individual e coletivo para a saúde, sendo que as famílias têm o dever de participar na vida da comunidade como cidadãos na triagem dos mesmos, pois todas as pessoas têm direito a um “ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender” (artº66 da VII Revisão Constitucional, 2005, p.4653).

Trata-se de um dever de cidadania como estratégia de melhoria das condições de vida e saúde da população e participação pública e política, pelo que sugerimos o foco Família com “Participação comunitária - Participação: envolvimento no planeamento, organização, implementação e resolução de problemas para a Comunidade” (CIPE®, 2011,p.66) e os dados a avaliar para a definição do mesmo são: conhecimentos da família sobre a existência de serviço de armazenamento recolha, processamento e eliminação de resíduos (CIPE®, 2011, p.75); conhecimentos da família sobre a importância da triagem dos resíduos e suas implicações na saúde; aprendizagem e capacidades da família na triagem dos resíduos, no sentido de identificar necessidades para capacitação da população para a participação nas políticas públicas saudáveis, mas este conteúdo não é abordado com os estudantes (PECE-EA; PECE-EB):

Um outro aspeto avaliado foi a vacinação dos animais domésticos, mas não os conhecimentos sobre os recursos da comunidade para resposta à saúde dos mesmos, nem o conhecimento sobre desparasitação dos animais domésticos (Figueiredo, 2009, p.274) e outras formas de higiene:

O Sr A [família Galinha] refere (...) ter um cão, de porte pequeno, mas mantém-no no quintal da sua casa, (...) encontra-se vacinado. (RFE6-3ºA/2ºS-EA)

Ainda na dimensão estrutural, os estudantes avaliam a raça, classe social e religião. Quanto à classe social, demarca-se pela escolaridade, atividade profissional, modo como ocupam os tempos livres e interação social entre os elementos do agregado familiar. A avaliação deste item tem particular importância no padrão de funcionamento familiar e nas práticas e tomadas de decisão em saúde (Figueiredo, 2009; Wright & Leahey, 2009). Relativamente à ocupação dos tempos livres e interação social, os estudantes da Escola A fizeram o seu registo na dimensão funcional instrumental, na AV Trabalhar e Distrair-se.

O Sr A [família Bacalhau] (...) é operário camarário, (...) é também bombeiro voluntário e tem como nível de escolaridade o ensino primário (...). (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

O Sr A [família Leão] trabalhou na NATO na Alemanha, (...) e em Portugal exerceu a profissão de agricultor, (...) frutas e de vegetais (...) até ser reformado. (RFE8-3ºA/2ºS -EB)

Para a Avaliação do Desenvolvimento Familiar os estudantes seguem a classificação de estádios do ciclo vital de Duvall & Miller (1985), que permite caracterizar a etapa em que a família se encontra e as mudanças transicionais no seu desenvolvimento:

(...) Eles nos CSP têm utilizado o Duvall que é o que permite fazer um registo no sistema informático, onde aparece, logo o ciclo vital (...). (Ent9PB)

Nesta dimensão [desenvolvimental] irei classificar em qual das fases do ciclo de vida familiar se insere esta família [Carneiro] (...) de acordo com o ciclo de Duvall. (RFE5-3ºA/2ºS-EA)

Avaliam também os vínculos familiares ao nível desta dimensão, sobre a relação dinâmica do casal:

A família [Bacalhau] (...) apesar de não ter filhos, encontra-se numa fase de procura de reforço de relações entre si e pretende alcançar um ambiente saudável (...). (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

A Sra B [família Leão] acusa o marido de ser “um bêbado irresponsável” e de não ter tempo para “aturar as suas irresponsabilidades”. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Acerca do planeamento familiar enquanto foco de fenómenos direccionados às famílias (Figueiredo, 2009) surge apenas associado à frequência da consulta:

A filha B [Família Coelho] (...) Não frequenta as consultas de planeamento familiar. (RFE12-3ºA/2ºS-EB)

Sobre o conhecimento do papel parental, os estudantes da Escola A avaliam esta área na dimensão funcional, na atividade de vida comunicar. De acordo com Figueiredo (2009), esta deve ser efetuada na dimensão desenvolvimental, embora, com efeitos na AV comunicar, uma vez que nos estádios do ciclo familiar descritos por Duvall & Miller (1985) há tarefas e mudanças importantes nas transições familiares no sentido das competências do papel parental, pois as relações entre pais e filhos influenciam o modo como estes desenvolvem a sua autonomia, socialização e sucesso escolar. Assim seria importante avaliar e de acordo com Figueiredo (2009, p.470) o “conhecimento dos pais sobre socialização; conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil; conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social; conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes”. Contudo, o conhecimento sobre saúde infantil na Escola A é só abordado no 4º ano, pelo que os estudantes não conseguem avaliar estes aspetos na família e efetuar possível intervenção de PrS, neste âmbito.

A Sra B [família Melro] refere que como o Sr A se encontra no estrangeiro não reconhece o seu papel como pai. (RFE7-3ºA/2ºS-EA)

Sra B [família Melro] refere que o filho C está na adolescência e é difícil de manter pulso firme. Refere que o filho C não quer falar com o pai. Refere que nem sempre é fácil fazer de pai e mãe com duas crianças pequenas. (RFE7-3ºA/2ºS-EA)

Sobre o papel de prestador de cuidados (Figueiredo, 2009), foram avaliados os papéis desempenhados pelo mesmo como recurso, quando um dos seus membros apresenta limitações nas suas tarefas diárias:

(...) O marido [Sr A Família Cabrita] é o prestador de cuidados, sendo ele quem se responsabiliza pelas tarefas da casa quando a Sra B não consegue. (RFE4-3ºA/2ºS-EA)

Na Escola B, os estudantes do 1º Ciclo mobilizam também a escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978), relativamente à avaliação do funcionamento das famílias. Esta escala tem como justificação a coesão e adaptabilidade da família, a perceção dos seus membros acerca do funcionamento familiar e grau de satisfação dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional:

Este questionário [Escala de Apgar Familiar] avalia através de cinco questões a adaptação intrafamiliar, a participação, a comunicação, a relação, o crescimento/desenvolvimento, o afeto e a resolução dedicação à família ou decisão. (RFE10-3ºA/2ºS-EB)

Na dimensão funcional e após a aplicação da Escala de Apgar Familiar, a estudante classificou a família “Leão” com disfunção leve.

Na dimensão funcional expressiva, são avaliadas as crenças de saúde, religiosas e espirituais, que são convicções, que influenciam o estado de saúde da família e dos seus membros, papéis e a intervenção dos profissionais de saúde na promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar:

(...) A família [Leão] possui (...) regras (...) pouco claras e os papéis indefinidos que põem em risco a diferenciação dos subsistemas. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

[família Carneiro] referem (...) estar satisfeitos com os cuidados prestados pelas Enfªs do CS que realizam as VD, uma vez que as Enfªs também nos dão apoio quando temos aqueles momentos em que estamos mais desanimados com a situação (...) ouvem-nos e dão-nos a mão quando precisamos de algum apoio. (RFE5-3ºA/2ºS-EA)

Na dimensão funcional instrumental emerge a avaliação das atividades de vida (Wright & Leahey, 2009), mas na Escola B, os estudantes incorporaram esta avaliação na dimensão estrutural, mas como referido anteriormente, nesta, é possível colher informação sobre outros dados da família e ambiente e não sobre o desenvolvimento das atividades de vida. Mais uma vez sugerimos que os registos sejam efetuados em local próprio.

Sobre a higiene corporal foi avaliado no Sr A a frequência, mas sem registo sobre o tipo de produtos utilizados, estado da pele, cabelos, unhas. Colheram informação sobre a higiene oral.

Quanto aos hábitos de higiene, o Sr A [família Leão] toma banho de chuveiro (...) três vezes por semana, (...) nos restantes dias realiza a sua higiene parcial. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

[Sr A da família Leão] raramente cuida da sua higiene oral e não utiliza fio dentário (...) apresentava hálito fétido e observava-se a presença de sangue seco na região labial. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Sobre a dimensão do vestuário não há qualquer referência na avaliação da família. Relativamente à alimentação e ingestão de líquidos foi avaliado, o que o casal ingere ao pequeno-almoço e lanches, mas não ao almoço e jantar, e não há registo da quantidade de leite e alimentos ingeridos e frequência da sua ingestão. Existe alusão de que o Sr A ingere alimentos pouco saudáveis, embora não esteja explícito,

o quê. Há referência ao consumo de água, mas não a sua quantidade diária, verificando-se o mesmo no consumo de álcool. Damos um exemplo do que foi avaliado no senhor A:

Quanto ao consumo de bebidas, o Sr A [família Leão] tem preferência pelo café e pelas bebidas alcoólicas vinho e cerveja, que consome (...). Sr A Iniciou o consumo deste tipo de bebidas por volta dos 15 anos de idade. As bebidas alcoólicas são consumidas às refeições e fora das mesmas.

Refere consumir água utilizando a expressão: tem que ser para a patroa não se chatear... Se não há festa lá em casa que ela não sabe falar. É um cabo dos trabalhos.

O Sr A consome bebidas alcoólicas com moderação, facto desmentido pela esposa que afirma que é um consumidor quase a tempo inteiro. Refere (...) o meu marido é um bêbedo mentiroso. Sai com os amigos e é uma desgraça. Não tarda nada, está do outro lado.

(...) Gosta de tomar o seu café com leite de manhã com pão mergulhado no mesmo.

A meio da manhã vai tomar café com os amigos e come uma sandes.

O Sr A ingere alimentos pouco saudáveis. O almoço é-lhe deixado pela esposa todos os dias. Consome diariamente fruta e vegetais. Evita fritos e gorduras. Gosta muito de peixe, preferencialmente bacalhau.

Ao lanche vai até ao café novamente com os amigos, onde consome uma cerveja e uma sandes mista.

O jantar é feito em casa pela esposa e seguindo as normas de uma alimentação saudável e variada.

Segundo o mesmo, não faz mais refeições, (...) passo o dia a petiscar daqui e dali... (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Não foram avaliados os conhecimentos da família sobre alimentação saudável; exercício físico; atividades de lazer. O consumo de álcool constitui-se num stressor interpessoal que está a fragilizar a estabilidade do sistema, atingindo a estrutura básica de recursos de energia da família, rompendo a linha normal de defesa, (Neuman,1995), com repercussões nos seus elementos.

A estudante registou que a Sra B confeciona o jantar seguindo as normas de uma alimentação saudável e variada, mas não há dados que ajudem a caracterizar melhor o padrão desta família nem estão identificados os conhecimentos da senhora B, que lhe permitam efetuar esta afirmação. Não há registos sobre o consumo de sal e açúcar, bem como as suas quantidades. Sobre a segurança, os elementos da família têm o PNV atualizado. Este registo está feito na dimensão estrutural e não na funcional:

No estudo da família “Bacalhau”, na dimensão funcional instrumental, os estudantes do 1º Ciclo da Escola A, efetuam a avaliação das atividades de vida segundo o modelo de Roper et al. (1995) e apresentam os dados organizados pelas AV definidas pelas autoras, embora existam dados ausentes.

Realçam as dificuldades da senhora B na mobilidade em subir escadas devido a úlcera venosa e o calor, que lhe provoca a ligadura.

AV Mobilizar-se - A Sra B [família Bacalhau] apresenta marcha lenta e dificuldades na mobilização devido a úlcera venosa; A Sra B não passa tempo suficiente com os membros elevados e diz ter dificuldade em subir escadas. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

AV Manter Temperatura Corporal - A Sra B [família Bacalhau] refere ter muito calor na perna por causa da ligadura (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

São realçadas as preocupações com este problema de saúde, considerado um fator intrapessoal, que, embora, fragilize a estabilidade do sistema da Sra B, atinge a estrutura básica de recursos de energia da família, rompendo a linha normal de defesa, (Neuman,1995), com repercussões no senhor A e deste modo não é só a AV comunicar que está afetada, mas também a AV manter ambiente seguro. A comunicação verbal e emocional poderia ser avaliada na dimensão funcional expressiva de acordo com Wright & Leahey (2009).

(...) [A e B da família Bacalhau] estão preocupados com a situação [úlceras varicosas], mas [Sra B] está inquietada com o facto de estar limitada (...) seu

dia-a-dia (...) e garante estar a ter dificuldades em não efetuar todas as tarefas (...). (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

O facto da senhora B estar desempregada poderia ser avaliado na dimensão estrutural contexto, uma vez que tem implicações nos hábitos sociais da mesma e da família, mas estes hábitos não foram avaliados.

AV Trabalhar e Distrair-se - A Sra B [família Bacalhau] está desempregada. Gosta muito de cozinhar e arrumar a casa; refere não poder ir à sua terra natal devido à sua ferida. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Na AV Fazer Higiene Pessoal e Vestir-se não há registo sobre o tipo e frequência do banho nem os produtos utilizados.

AV Fazer Higiene Pessoal e Vestir-se - A Sra B [família Bacalhau] refere proteger o penso da ferida durante o banho; apresenta pele limpa e hidratada, com exceção do membro inferior esquerdo e apresenta unhas cortadas e limpas; (...) apresenta cabelo limpo e uniformemente distribuído. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Apresentam dados da AV expressar-se sexualmente, embora sem registos sobre a frequência das consultas de planeamento familiar e do rastreio do cancro ginecológico e conhecimento acerca da prevenção das doenças de transmissão sexual.

AV Expressar-se sexualmente - A Sra B [família Bacalhau] apresenta roupa adequada ao género e refere ser muito vaidosa e gostar de se arranjar; refere que [ela e o marido] são muito felizes e que são o apoio um do outro. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Sobre a AV comer e beber identificam o consumo de água e a sua quantidade pela Sra B, e há referência à ingestão de alimentos considerados “saudáveis”, mas não a sua quantidade, não há registo da quantidade de leite ingerido e quanto à

confeção, a família evita as gorduras, não há alusão ao consumo de frutas e vegetais.

AV Comer e beber - A Sra B [família Bacalhau] refere beber mais de 1,5 l de água diariamente. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

AV Comer e beber - As refeições são confeccionadas pela Sra B e a família ingere frequentemente sopa, peixe grelhado, saladas e carnes brancas e não ingere gorduras. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Há registo sobre o padrão de eliminação vesical e intestinal da família.

AV Eliminar - Ambos os elementos da família eliminam intestinalmente uma vez por dia e eliminam vesicalmente urina clara e amarelo palha (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Há alusão de que ambos os elementos da família têm HTA, mas sem dados que permitam analisar sobre a adesão e gestão dos medicamentos.

AV Respirar - A Sra B e o Sr A [família Bacalhau] têm HTA (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Quanto aos dados da habitação, embora, com influência na AV Manter Ambiente Seguro deveriam ser avaliados na dimensão estrutural contexto, pois o ambiente – fator extrapessoal (Neuman, 1995) integra elementos associados ao espaço, onde vive a família, e que influenciam o funcionamento familiar e neste caso a Sra B. pelas suas dificuldades na mobilidade, pois a habitação tem escadas, diversas carpetes soltas e não antiderrapantes:

AV Manter Ambiente Seguro - A casa tem WC no interior, possui saneamento básico, água canalizada e eletricidade; A casa tem uma lareira na cozinha; A habitação tem escadas, com diversas carpetes soltas e não antiderrapantes. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Foram avaliados dados referentes aos papéis familiares no âmbito da interação de papéis e relação dinâmica da família:

(...) O poder (...) exercido na família [Bacalhau] (...) é feito em conjunto e *com recurso à comunicação, ao diálogo e à compreensão e respeito mútuo. As decisões são tomadas pelos dois, em consenso e a determinação de tarefas é feita em função das aptidões que cada um tem para as realizar.* (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

A categoria **Comunidade** refere-se ao “conjunto de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo coletivo composto de membros ligados entre si pela partilha do espaço geográfico, pela partilha das condições ou por interesse coletivo” (CIPE®, 2003, p.67) e “preocupações partilhadas no desenvolvimento do seu bem-estar” (Loureiro & Miranda, 2010), sendo a unidade social entendida como algo mais que as partes.

As intervenções na comunidade são desenvolvidas em grupo em diferentes contextos: instituições públicas ou privadas ou de solidariedade social, jardins-de-infância, escolas básicas, empresas e centros de dia, considerando-se o grupo como um “conjunto de pessoas como um todo coletivo que vai para além dos indivíduos e das suas relações, que constituem as partes do grupo” (CIPE®, 2003, p.65). As intervenções podem ainda ser desenvolvidas na comunidade em si como, por exemplo, um lugar, uma freguesia, um concelho.

Quando o cliente alvo de cuidados é a comunidade, múltiplos sistemas estão em interação, independentemente do nível a que os cuidados são prestados (Caetano, et al., 2015; Stanhope & Lancaster, 2011).

Para a colheita de dados os estudantes desenvolveram estratégias na interação com grupos. Denota-se a valorização da relação interpessoal no processo de cuidados para uma melhor adequação dos mesmos e para otimizar a relação de confiança, que é um dos atributos para o empowerment (Gibson, 1991; Hermansson & Martensson, 2010):

Como não os conhecíamos e para que depois colaborassem (...) houve momentos de interação com os (...) Est. para percebermos como é que eles

eram, por exemplo, o jogo de apresentação no 1º dia; (...) almoçar com eles ao refeitório e outros. (Ent11EA- 4ºA/2ºS)

Ao nível dos cuidados especializados a VD permite colher informação em conjunto com os parceiros da comunidade, numa perspetiva multiprofissional e intersectorial (WHO, 1986), indo ao encontro das estratégias de intervenção na identificação dos determinantes da saúde:

(...) Houve uma visita conjunta com GNR, ou seja, segurança e saúde, (...) por ser uma idosa que permanecia sozinha muito tempo durante o dia (...) avaliados fatores de segurança, risco de acidentes que poderiam ocorrer por a Sra viver só e a parte da saúde que era avaliada por mim (...). (Ent20EA-CMEC)

Na avaliação diagnóstica dos grupos para planeamento posterior de SEpS, os estudantes do 1º Ciclo fizeram uso dos IBE enquanto habilidades fundamentais, bem como mobilização de conhecimentos na prática de enfermagem e utilizaram um questionário para avaliação da literacia em saúde, enquanto princípio chave a considerar nas iniciativas de PrS (WHO, 1986) e consultaram as matérias lecionadas sobre as DST. Avaliaram assim as capacidades dos indivíduos na obtenção, processamento e compreensão das informações básicas para tomar decisões apropriadas respeitantes à sua saúde (Kickbusch et al., 2005; Ratzan & Parker, 2000), como se verifica no excerto seguinte:

(...) Foi principalmente a entrevista (...) que nos permitiu ter uma colheita de dados e também a observação (...) fazendo uso dos IBE (...) para conseguir uma colheita de dados mais rica. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

(...) Vimos quais eram os conhecimentos prévios que eles tinham (...) quais eram as matérias lecionadas (...) sobre as DST, aplicámos um questionário aos alunos, de forma a termos a noção do que é que eles já sabiam ou que não sabiam, ou (...) falsos mitos (...). (Ent3EB-4ºA/1ºS)

Os estudantes do 2º Ciclo da Escola A utilizaram outras técnicas como o Índice de Katz, na avaliação da funcionalidade instrumental dos idosos, nas atividades de vida relacionadas ao autocuidado e capacidade dos idosos de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive (Duarte; Andrade & Lebrão, 2007). Usaram também o Índice de Lawton para avaliação da fragilidade e da qualidade de vida dos idosos:

Neste estudo da freguesia P, usámos como instrumentos o Índice de Katz e o Índice de Lawton (...). (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Utilizaram ainda outras técnicas como a Escala de Avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de Avaliação Integral (IAI), que integra o Índice de Katz e utilizaram o Questionário de Percepção do Estado de Saúde SF8. A percepção do estado de saúde, de acordo com Bruin; Picavet & Nossikov (1996) é um dos indicadores mais usados em saúde, enquanto preditor de morbilidade e mortalidade, sendo recomendado para a monitorização da saúde das populações:

Como método de colheita de dados a Escala de Avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de Avaliação Integral (IAI), que serve de base à referência e inscrição dos utentes na base de dados de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

(...) Outro instrumento de colheita de dados (...) direccionado para a avaliação do nível de saúde e qualidade de vida da população alvo, (...) optou-se assim, pelo Questionário de Percepção do Estado de Saúde SF8, validada para Portugal (...). (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Contudo, na fala de um dos professores surge a ideia de que os estudantes não conseguem fazer a avaliação das necessidades de um grupo em contexto:

(...) Est. têm uma grande dificuldade em fazer, uma avaliação (...) quando estão perante grupos, (...) é a maior dificuldade (...) no contexto estágio (...). (Ent5PA)

Os modelos em uso são adequados na sistematização dos cuidados de Enfermagem para o desenvolvimento de ações fundamentadas num referencial teórico e seus conceitos metaparadigmáticos, enquanto essência do cuidar, que possa guiar a implantação e implementação do PE. Na apreciação dos grupos na comunidade foi utilizado o modelo de Roper et al. (1995) na Escola A, no 1º Ciclo. Este modelo é baseado num modelo de vida ao longo do ciclo vital e tem cinco componentes relacionadas entre si, que conduzem à individualidade de vida:

[Centro de dia, com grupo de idosos] (...) usámos o modelo de Roper, Logan e Tierney. (Ent9EA - 4ºA/1ºS)

Contudo, os estudantes do 1º Ciclo sugerem o modelo teórico de Neuman vendo a comunidade como cliente de cuidados e como um sistema aberto, procurando analisar os fatores inter, intra e extrapessoais, que influenciam a estabilidade do sistema, assim como para avaliar a força das linhas de resistência do sistema cliente, para fazer face aos stressores e à sua capacidade de reconstituição quando necessária:

Há outros modelos, (...) para a PrS na comunidade que são mais adequados, como o de Betty Neuman (...). Esse modelo engloba a comunidade, a prevenção primária, os stressores, (...) para a PrS (...) para nós podermos identificar (...) o que é que poderá causar a instabilidade no sistema, (...) perceber o que se passa na comunidade. (Ent9EA - 4ºA/1ºS)

Os estudantes do CMEC/CPLEEC da Escola A mobilizam o modelo de Neuman (1995), enquanto modelo sistémico e conceção de saúde como um contínuo de bem-estar, na busca constante da estabilidade, sendo consensual com a PrS. O sistema cliente é constituído pelas variáveis fisiológicas (estrutura e função do organismo), psicológicas (processos mentais em relação com o ambiente), socioculturais (condições sociais e culturais que influenciam o sistema), desenvolvimentais (processos e atividades relacionados com a idade) e espirituais (crenças e influências espirituais), que funcionam harmoniosamente em relação aos fatores de *stress* internos e/ou externos sobre o cliente (Neuman, 1995):

Entender a pessoa idosa enquanto ser social e um agente intencional de comportamentos, que se baseiam nos seus valores, crenças e desejos de natureza individual, não é entendê-la de forma isolada, mas (...) integrada que influencia e é influenciada pelo ambiente onde vive e desenvolve a última etapa do seu ciclo de vida. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

No excerto seguinte os estudantes do 2º Ciclo entendem este modelo como sistémico e por conseguinte, têm uma visão holística da pessoa no seu ambiente interno e externo e daí a importância de efetuar a caracterização da população a nível micro acerca dos seus hábitos e a nível macro no contexto seja ele familiar, escolar, trabalho, comunidade. Se relacionarmos com os determinantes de saúde propostos pelo modelo “Política Arco-Íris”, desenvolvido por Dahlgren & Whitehead (1991), estes incluem os fatores individuais e preferências nos estilos de vida, as influências comunitárias e suporte social, acesso a serviços de saúde, condições de vida e de trabalho e as condições socioeconómicas, culturais e ambientais:

(...) Utilizamos o modelo da Betty Neuman (...) quem está na comunidade tem que fazer as coisas de uma forma sistémica (...) dentro da enfermagem comunitária (...) nunca podemos ver as pessoas isoladas, (...) também a nível do contexto onde a pessoa está inserida, da comunidade, (...) dos recursos, (...). (Ent20EA-CMEC)

Embora sem referência a qualquer modelo, os estudantes do CPLEEC da Escola B, referem a necessidade de uma abordagem sistémica da comunidade e família nos processos transicionais:

(...) Necessidade de (...) uma abordagem sistémica da comunidade e da família centrada nos seus processos de mudança evolutivos e potencialidades das forças e recursos da comunidade e família. (RFE3-CPLEEC-EB)

Há estudantes do 1º Ciclo que desenvolvem os cuidados de forma empírica sem fundamentação e orientação de um modelo teórico, o que conduz a uma prática rotineira dos cuidados, sem qualquer contributo científico para a enfermagem, pois

estes, em associação com o PE, fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, possibilitando refletir sobre os fenômenos, fortalecendo a construção do conhecimento em enfermagem (Figueiredo,2009):

Para além dos modelos de enfermagem, os estudantes do 1º Ciclo da Escola A mobilizaram a teoria dos sistemas ecológicos para avaliação de grupos, em interação com o ambiente (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 2006; CHNC,2011) procurando observar os determinantes de saúde (Dahlgren & Whitehead, 1991), como mostram as seguintes expressões:

Mobilizou-se (...) o modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (...) sustentado numa visão sistémica que tem em conta (...) o grupo alvo, (...) todos os sistemas que o envolvem e influenciam, equacionando a forma como as pessoas se relacionam e interagem em grupo. É constituído por quatro contextos, nomeadamente o microssistémico, mesossistémico, exossistémico e o macrossistémico.
(RFE1-2ºA/1ºS-EA)

(...) Para conseguirmos (...) caracterização daquele grupo alvo tivemos de perceber (...) o local, o macrossistema onde esse grupo se inseria, daí utilizarmos o modelo de Bronfenbrenner (...) foi-nos necessário (...) caracterizar a região, a cultura, onde essas pessoas se encontravam, o tipo de acesso à saúde e atividades culturais (...). (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Também os estudantes do CMEC/CPLEEC da Escola A utilizaram o mesmo modelo, salientando as dimensões multidirecionais interrelacionadas: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo. O Modelo Bioecológico possibilita a análise do fenómeno através das mesmas, favorecendo o conhecimento da pessoa, no modo como vivenciam as suas experiências (processo) nos diferentes contextos. O tempo refere-se ao modo como ocorrem as mudanças ao longo da vida, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 2006):

(...) Pessoa enquanto sistema cliente, tendo (...) como suporte teórico (...) o modelo bioecológico de desenvolvimento de Bronfenbrenner nas suas quatro dimensões multidirecionais interrelacionadas a pessoa, o processo, o contexto e o tempo (...). (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Embora os estudantes do CPLEEC da Escola B não refiram o autor, referem mobilizar este mesmo modelo:

Os pressupostos assentam no modelo ecológico sistémico do desenvolvimento humano na natureza transdisciplinar das intervenções em contexto familiar. (RFE1-CPLEEC-EB)

Na caracterização dos grupos, os estudantes recorrem a diversas fontes, das quais se destacam os informantes chave, que são pessoas que pela sua posição e relações sociais dentro da comunidade, possuem conhecimento detalhado de características relevantes da mesma, e podem ter participação comunitária na identificação dos seus problemas e necessidades (Caetano, et al., 2015; Stanhope & Lancaster, 2011), como referem os estudantes nesta unidade de registo:

(...) Obtivemos (...) informações/características acerca do grupo alvo [idosos], através das informantes-chave (...) Diretora do Centro de Proteção à Terceira Idade (...) e a assistente social, visto que as mesmas contactam diariamente com o grupo e conhecem os seus problemas. (RFE6-2ºA/1ºS-EA)

Na avaliação das necessidades importa a sua caracterização no contexto microssistémico e a identificação dos fatores que interferem na vida das pessoas, como se verifica na seguinte unidade de registo, pois de acordo com (Whitehead, 2011a), a PrS tem lugar em todos os ambientes onde as pessoas aprendem, trabalham, brincam e amam, e por isso requer uma abordagem estruturada para a PrS nestes ambientes:

Como era sobre os hábitos alimentares (...) tivemos que perceber como é que a escola funcionava no âmbito da alimentação, (...) que eles tinham no bar, observámos as refeições no refeitório e no bar, para percebermos qual era a alimentação, que eles faziam (...), ir comer ao refeitório e comíamos com eles (...). (Ent11EA - 4ºA/2ºS)

Também a nível microssistémico importa a apreciação dos seus hábitos, enquanto microdeterminantes nos estilos de vida e preferências individuais (Dahlgren & Whitehead, 1991) que analisados à luz de um modelo teórico, vão permitir efetuar o diagnóstico de situação em conjunto com dados provenientes de outras fontes:

A bebida ingerida às refeições é água; os idosos referem beber cerca de 0,5 água por dia; referem não beber outro líquido para além da água, apenas alguns bebem café após o almoço. (RFE5-2ºA/1ºS-EA)

A dimensão fisiológica está afetada no sistema cliente pelo consumo de substâncias psicoativas, (...) bebidas alcoólicas, (...) prática insuficiente de exercício físico, hábitos de automedicação, prevalência elevada de patologias no cliente idoso, (...) risco de quedas e uma perceção tendencialmente negativa da saúde geral. (RFE3-CMEC/CPLEEC-EA).

Importa também a caracterização ao nível sociodemográfico, pois integra-se num dos critérios de avaliação de competência na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade (OE,2010a) e que tem influência na PrS:

(...) Fizemos um trabalho, fomos (...) ao Instituto Nacional de Estatística, (...) vimos que a população (...) é muito envelhecida, (...) há muitas pessoas idosas a cuidar de outros idosos (...) Formação dessas pessoas é baixo, (...) não têm escolaridade e a maior parte, (...) tem a escola básica, até ao 4º ano e por vezes nem até ao 4º ano, muito poucos têm educação secundária ou educação superior. (Ent1EB - 3ºA/2ºS)

A nível do macrossistema, a identificação das atitudes e da cultura da comunidade que se inserem nos macrodeterminantes de saúde (Dahlgren & Whitehead, 1991):

(...) É uma região em que as (...) mulheres são dedicadas à (...) pequena agricultura, as próprias casas e o tipo de indústrias existentes são as metalúrgicas, (...) não há muito emprego para pessoas que tenham formação académica ou superior (...). Nós chegámos à conclusão que (...) aquelas pessoas precisavam de uma certa formação (...) uma EpS. (Ent1EB - 3ºA/2ºS)

Acabámos nesse estágio por descobrir que a zona (...) tinha quase uma microcultura (...) as pessoas, toda a vida viveram no campo, (...) muitas eram analfabetas, havia sempre muitos conflitos por causa das terras (...) aquilo que é o sistema macro (...) acabou por se refletir (...) naquele grupo de pessoas que ali se encontravam. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Estudar a comunidade implica também a identificação dos recursos, que se inserem nos microdeterminantes de saúde - influências comunitárias e suporte social (Dahlgren & Whitehead, 1991), para a adequação das respostas mais adequadas em saúde, sendo estas fundamentais para a PrS e promoção da cidadania (OE, 2001). Parece assim ser conciliável com a competência do enfermeiro de cuidados gerais “contribui para a promoção da saúde” em que o enfermeiro num diagnóstico de situação atende aos recursos disponíveis no contexto em que está inserido (OE, 2011) e ao critério de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) “Integra variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes de saúde” (OE, 2010a), o que vai ao encontro do conceito de saúde como um conceito positivo, que mobiliza recursos sociais. Os recursos na comunidade são abordados no 1º ano na Escola B (PECE-EB):

(...) Perceber (...) tipo de ajudas, quer públicas, quer privadas que a população tinha a nível de saúde, a nível social, (...) que respostas, tinha a população em caso de doença, em caso de apoio psicológico, em caso de apoio social, na vertente psicossocial e biológica, (...) até chegarmos a grupo alvo que foi a GNR (...). (Ent5EA-4ºA/2ºS)

O recurso com um papel mais vincado é o centro de dia (...) que funciona (...) na sede da Junta de freguesia e o seu apoio domiciliário (...) na alimentação, mobilização e higiene. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

O domínio **diagnóstico** pode definir-se como a mais importante ferramenta do enfermeiro para aproximar-se da compreensão e possível intervenção na saúde da pessoa. O diagnóstico proporciona a base para determinação de um plano para atingir os resultados esperados. Este domínio surge na análise com duas categorias: enfermagem e saúde. A primeira segue a metodologia do PE (OE, 2011) e a segunda segue esta metodologia e a do planeamento em saúde (OE, 2010a), sustentadas num modelo teórico como quadro de referência.

A categoria **Enfermagem** refere-se ao diagnóstico de enfermagem cujo resultado advém do julgamento crítico baseado na evidência, que se traduz nas necessidades e/ou problemas de enfermagem. Segundo a CIPE® (2003) é uma designação atribuída pelos enfermeiros à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico deve incluir um termo do eixo A do Foco da Prática de Enfermagem e do eixo do Juízo ou Probabilidade e outros optativos para reforçar o diagnóstico (Frequência, Duração, Topologia, Localização Anatómica, Portador). O Portador pode ser indivíduo (pessoa cuidada e/ou cuidador), grupo, família e comunidade.

Os dados a seguir apresentados referem-se a uma discussão de estudo de caso dos estudantes da Escola A, que após análise dos dados, apresentam a síntese dos mesmos que levam a identificação do diagnóstico de enfermagem, cujo foco de atenção é centrado na pessoa, percebendo-se o raciocínio que permitiu este enunciado de diagnóstico para a PrS:

Síntese dos dados:

Possui os dentes naturais;

Marido refere que só lhe falta 1 ou 2 dentes;

Apresenta dentes amarelos;

Nem as funcionárias do centro de dia, nem o seu marido realizam a higiene oral à Sra;

Marido tem medo que esposa se engasgue com a higiene oral.

Diagnóstico: Indivíduo com autocuidado higiene comprometido (OP3-EC-2ºA/1ºS-EA)

Este foco na CIPE® (2003) não refere a higiene oral, podendo constituir-se numa sugestão a incluir na definição do termo.

Gerou-se discussão entre os estudantes em torno deste diagnóstico, por estar centrado na pessoa cuidada e haver um fator psicológico e FPDPE referente ao cuidador, que a estudante considerou contribuir para a formulação do mesmo. É de salientar que até ao desenrolar deste estágio (2ºA/1ºS) os estudantes não abordaram os cuidados continuados nem o papel de prestador de cuidados (PECE-EA), o que pode ter contribuído para que a estudante não tenha feito este raciocínio clínico:

Est. Hélia: o fator, marido tem medo que se engasgue é do cuidador e não da Sra

Est. Irina: os dados são da percepção do Sr e por isso os considereí.

Est. Paulo: na condição de colheita de dados, o marido é que responde.

Profª Almerinda: Critica que o foco tem que estar na pessoa e no cuidador, a fim de se promover a saúde da pessoa., mas também no cuidador, a fim de se promover a saúde da pessoa. Neste caso, há uma mediação do cuidador para os cuidados a nível da PrS. (OP3-EC-2ºA/1ºS-EA).

De facto, o foco tem que estar nos cuidadores, pois se estes é que prestam os cuidados de higiene, estes é que terão de ser capacitados, para efetuarem, adequadamente, a higiene oral da pessoa cuidada. Assim e de acordo com Figueiredo (2009, p.502) sugerimos alteração do foco para “Papel Prestador de Cuidados; Juízo não adequado e o critério de diagnóstico: Conhecimento do Papel não demonstrado - Papel de Prestador de Cuidados “ (...) interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expetativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados ...” (CIPE®, 2003,p.63), mas para isso teriam que ser avaliados os seguintes dados junto dos prestadores de cuidados, de acordo com Figueiredo

(2009, p.502): “conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes; aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes; conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário; aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário; conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes”.

No seguinte diagnóstico, apesar de estar centrado na pessoa, a síntese dos dados conduz-nos a um termo mais específico para o foco da prática, sugerindo imagem corporal em vez de bem-estar emocional, uma vez que os dados apresentados remetem-nos para a imagem mental da aparência física e não gostar da sua imagem ao espelho e o modo como os outros vão olhar para si (Bittencourt et al., 2009). “Imagem corporal (...) imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física” (CIPE®, 2003, p.54):

Síntese dos dados:

[Sra B família Melro] Refere:

O facto do penso se encontrar numa região tão exposta a preocupa para o verão;

O penso a impede de vestir o que gosta;

Que antes de sair de casa muda muitas vezes de roupa;

Não gostar de se ver ao espelho;

Peso: 98 kg;

Altura: 1.77 cm;

IMC: 31,28;

Vai começar consultas no Nutricionista;

O facto de ter uma doença rara a deixa triste e por vezes sem força.

*Diagnóstico: Sra B com bem-estar emocional alterado em grau moderado
(RFE7 - 3ºA/2ºS-EA)*

Quando os estudantes não apresentam o raciocínio crítico que permite a decisão sobre o fenómeno, há dificuldade em compreender o diagnóstico, pois as informações sobre as especificações são insuficientes, para ajuizar, como no

diagnóstico a seguir transcrito. O autocuidado é diminuído porquê? Qual a base para planejar os cuidados?

[Sra B família Falcão] Diagnóstico: Autocuidado higiene oral, diminuído em grau elevado (RFE11-3ºA/2ºS-EB)

Procurámos fazer esse mesmo raciocínio a partir dos dados da avaliação inicial:

(...) Realiza a lavagem dos dentes duas vezes por dia, sendo uma delas antes de deitar

Refere que não utiliza o fio dentário. (RFE11-3ºA/2ºS-EB)

Perante a ausência de dados não se poderá dizer que o juízo é diminuído em grau elevado.

Sabemos a partir da avaliação inicial que a frequência com que faz a escovagem vai ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde (2006a), mas desconhece-se outros, e ignora-se se os medicamentos que toma, induzem a alterações da quantidade e qualidade da saliva e se provocam alterações no estado de saúde oral (Ministério da Saúde, 2006b). Sabemos apenas que não usa fio dentário, então parece-nos que o eixo do juízo seria diminuído em grau reduzido ou a estudante teria que colher mais dados a fim de melhor clarificação do eixo do juízo, pelo que sugerimos avaliar os seguintes dados, de acordo com Figueiredo (2009, p.502): “conhecimento sobre a técnica de lavagem dos dentes conhecimento sobre a frequência da lavagem dos dentes; conhecimento sobre utilização do fio dentário; Aprendizagem de habilidades sobre utilização do fio dentário”.

Também os estudantes do 1º Ciclo da Escola A apresentam diagnósticos sem a síntese dos dados, que nos possibilitem compreender o raciocínio crítico, que permitiu a decisão sobre o foco da prática. Por outro lado, para ser um diagnóstico tem que obrigatoriamente ter um eixo do foco e um eixo do juízo (CIPE®, 2003). Na apresentação do estudo de caso, nem os estudantes, nem os professores questionaram os dados que permitiram esta formulação:

Diagnóstico: família [Ana] com stress por mudança de ambiente (OP35-EC-4ºA/1ºS-EA)

Ainda na apresentação de um outro estudo de caso, os estudantes do 1º Ciclo da Escola A, apresentam diagnósticos sem a síntese dos dados, que decorreu para a formulação dos mesmos.

Puérpera com conhecimento não demonstrado [acerca dos cuidados a ter com as mamas]

Puérpera com amamentar não adequado

Paternidade demonstrada em grau moderado (OP37-EC-4ºA/1ºS-EA)

Na avaliação inicial os dados são escassos, como se verifica a seguir, mas no pós-parto os estudantes devem desenvolver competências na avaliação dos conhecimentos da mãe/pais sobre aleitamento materno e amamentação e observar criticamente a técnica da mamada e registar, para intervenção em PrS.

Dados da Avaliação Inicial:

Mamas: moles, com mamilos rasos e íntegros, com colostro.

Dados dos Registos de evolução:

Mamas moles, mamilos rasos, largos e íntegros com secreção de colostro à expressão (24 h);

Mamas moles, mamilos rasos e largos, com colostro em quantidade moderada (48 h);

Mamas tensas, mamilos curtos e largos, com colostro em grande quantidade (72 h) (OP37-EC-4ºA/1ºS-EA)

Os estudantes poderiam ter agrupado os três diagnósticos num único “Papel parental - (...) interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, ... para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente” (CIPE®, 2003) e os dados a avaliar seriam os que se apresentam a seguir de acordo com Figueiredo (2009, p.490): “conhecimento dos pais sobre aleitamento materno;

aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno; conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica” até, porque algumas das ações que os estudantes desenvolveram vão nesse sentido, como veremos adiante:

Começamos a perceber que os estudantes têm dificuldade em fazer uma análise adequada dos dados e que o tipo de acompanhamento feito pelos professores e pelos enfermeiros no desenvolvimento curricular, não está a caminho da maturidade do estudante, pois no início do 4º ano, era esperado que na sua transição ao longo do curso, o estudante já tivesse estabelecido uma maior estabilidade face ao experienciado anteriormente (Kralik et al., 2006; Meleis, 2010), mas não é isso que se verifica. Embora existam dados ausentes, há preocupação dos estudantes em colher o máximo de dados, sobretudo para os trabalhos académicos, mas fraca reflexão sobre a construção dos focos da prática e juízo.

Outros estudantes do 1º Ciclo focam-se na função através do diagnóstico médico e nas causas da doença.

(...) Em termos de um grupo, (...) esse diagnóstico já estava feito, porque fui buscar os utentes da consulta da hipertensão (...). (Ent7EB-3ºA/1ºS)

A nível da hipertensão o diagnóstico que eu fiz (...) na USF (...) nas consultas de enfermagem (...) apercebi-me que nem todas as pessoas compreendiam muito bem o que era uma hipertensão, sabiam que era uma tensão (...) alta, mas porquê (...) não sabiam. (Ent7EB-3ºA/1ºS)

Isto remete-nos para a era da epidemiologia de doenças crónicas (meados do século XX) e para o paradigma dos fatores de risco: a doença na população era atribuída à interação pela exposição e/ou à suscetibilidade dos indivíduos a múltiplos fatores de risco (Susser & Susser, 1996). Não que não seja importante avaliar o conhecimento das pessoas para que tenham uma compreensão sobre a epidemiologia da hipertensão arterial (DGS, 2006b), mas importa centrar nos determinantes de saúde que orientem para capacitação dos indivíduos e desenvolvimento de consciência da mudança da situação (Figueiredo et al, 2014b; Williamson, 2007) e muito concretamente nos microdeterminantes de saúde. O estudante poderia ter avaliado nesse grupo de hipertensos: os “conhecimentos

sobre vigilância da tensão arterial e aprendizagem de habilidades das pessoas” sobre a mesma (Figueiredo,2009, p.475); “conhecimentos sobre padrão de exercício adequado, padrão de ingestão de líquidos, adequado e padrão alimentar adequado” (Figueiredo, 2009, p.503) e “conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico” (Figueiredo, 2009, p.504):

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A, também identificam diagnósticos de enfermagem pela função devido a uma análise não suficientemente objetiva dos dados, pois é importante ter rigor científico para que o foco da prática seja centrado na pessoa, para se promover a saúde. Pela leitura da síntese dos dados apresentada, a pessoa demonstra ter conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e já tomou medidas de precaução de segurança, adequando dispositivos protetores face às suas dificuldades na mobilidade.

Síntese dos dados para o diagnóstico:

O Sr A [família Galinha] sofreu um AVC há cerca de 4 anos, apresenta hemiparesia do hemicorpo direito;

Necessita de bengala para se mover;

Refere sentir dificuldade ao subir as escadas;

Degraus à entrada foram substituídos por uma rampa de metal de forma a facilitar a entrada do Sr A após o AVC;

Passou a tomar banho no chuveiro por ter dificuldade em subir para a banheira.

Diagnóstico: Indivíduo com mobilidade limitada em grau moderado (RFE6-3ºA/2ºS-EA)

“Mobilidade (...) movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação” (CIPE®, 2003, p.34). O importante aqui seria um diagnóstico mais no sentido de monitorização da situação, sugerindo um diagnóstico potencial como risco de cair e não mobilidade. “Cair (...) descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a

perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições” (CIPE®, 2003, p.57).

Na lógica do que vimos desenvolvendo, a síntese dos dados abaixo apresentada, permite a identificação de diagnósticos pela função que aparentemente está correta, mas da avaliação do senhor A da família Carneiro nada consta sobre o seu padrão alimentar e de líquidos ingeridos, hábitos tabágicos e efeitos da medicação, apenas hábitos de exercício físico. Mas mais adiante veremos que a estudante planeou ações mais direcionadas para a pessoa na AV comer e beber:

Síntese dos dados para o diagnóstico:

Sr A [família Carneiro] refere que tem dias em que não evacua;

Refere que sente dificuldade em evacuar.

Diagnóstico: Indivíduo com risco obstipação. (RFE5-3ºA/2ºS-EA)

Síntese dos dados para o diagnóstico: Sr A [família Carneiro]:

Refere que perdeu o apetite;

Refere que perdeu peso;

Refere que tem receio de perder a mobilidade por ficar muito magro;

Diagnóstico: Indivíduo com alteração do estado nutricional. (RFE5-3ºA/2ºS-EA)

O diagnóstico a seguir apresentado pelos estudantes da Escola B é de difícil compreensão na medida em que engloba quatro focos da prática, que deveriam estar separados e por outro lado nem todos os termos têm uma linguagem unificada: pelo que sugerimos “transferir-se” (CIPE®, 2003, p.56), em vez de transferência, “deambular” (CIPE®, 2003, p.57) em vez de deambulação, “eliminação intestinal” (CIPE®, 2003, p.25), “eliminação vesical” (CIPE®, 2003, p.26), em vez de eliminação, autocuidado: higiene (CIPE®, 2003, p.55), em vez de higiene total e cada um destes teria o juízo dependente e grau de reduzido a muito elevado, (CIPE®, 2003, p.79), consoante o que a pessoa consegue ou não realizar:

Diagnóstico: [Sra B da família Leitão]:

Doente dependente em grau moderado na deambulação, na transferência, higiene total e na eliminação. (RFE9-3ºA/2ºS-EB)

Por outro lado, não se percebe, porque é que a Sra B da família Leitão é dependente em todas estas atividades, quando a estudante apresenta a seguinte unidade de registo, o que indicia que a estudante não se focou no estudo desta família:

Sra B [família Leitão] (...) os seus tempos livres são preenchidos com as tarefas domésticas na lida da casa, jardinagem e visualização de televisão. (RFE9-3ºA/2ºS-EB)

A análise que temos vindo a fazer remete-nos para uma prática ainda direcionada para uma focalização na doença, existindo uma forte ligação entre a enfermagem e o modelo biomédico (Carvalho, 2007), quando a Carta de Ottawa (WHO, 1986) propõe a alteração deste modelo e focalização nas necessidades dos indivíduos, bem como na formação dos profissionais. Também a falta de um modelo teórico que suporte a prática conduz a uma análise fragilizada dos dados para a tomada de decisão do enfermeiro, porque estes não são mobilizados. Denota-se existir fraca reflexão dos professores e enfermeiros com os estudantes sobre os diagnósticos identificados em contextos reais de cuidados, tendo por base o processo de aprendizagem já desenvolvido em teoria. Os estudantes fazem como sabem, o que contraria o relevo que deve ter o ensino superior na capacidade de raciocínio e de análise e desenvolvimento do sentido crítico dos estudantes (Ferreira, 2009).

Relativamente à família Leão e na perspetiva sistémica, verificamos que a estudante não identificou qualquer diagnóstico familiar, mas individuais, para os elementos da família. Não apresenta o julgamento clínico que a levou à formulação dos mesmos e mostra um conjunto de diagnósticos centrados na pessoa, como “autocuidado higiene oral ineficaz, em grau moderado”, outros na função, como “metabolismo energético alterado” O foco “Metabolismo energético - (...) “energia celular fornecida pelos nutrientes, acompanhada de força, resistência, reparação dos tecidos ou controlo da infeção” (CIPE®, 2003, p.23) sugeríamos mudar o foco da função para o foco da pessoa, considerando as ações planeadas pela estudante enunciadas adiante para “Aprendizagem de Capacidades sobre Autovigilância - Aprendizagem

de Capacidades (...) “Aquisição do domínio de atividades associadas a treino, prática e exercício” (CIPE®,2003,p.46).

Perante este foco apresentamos os dados que teriam de ser avaliados acerca do conhecimento/aprendizagem do senhor A da família “Leão”, para que os estudantes pudessem tomar decisões para a intervenção em PrS e não no “metabolismo energético”:

Dados a avaliar acerca do conhecimento/aprendizagem (Figueiredo, 2009): “Conhecimento sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia; conhecimento sobre vigilância da glicemia capilar; aprendizagem de capacidades sobre vigilância da glicemia capilar e conhecimento sobre vigilância dos pés (Figueiredo, 2009, p.504). A estudante identifica ainda outros diagnósticos que temos dificuldade em os situar na pessoa ou na função, como “desolação em grau moderado”, cujo foco não é identificado na linguagem classificada da CIPE® (2003), desconhecendo o julgamento efetuado pelos estudantes.

Uma vez que os estudantes apresentam dois diagnósticos para a mesma situação “adesão ao regime terapêutico e gestão do regime terapêutico” e dado que segundo a CIPE® (2003) a adesão ao regime terapêutico é um tipo de gestão do regime terapêutico e perante os dados da avaliação inicial, sugeríamos que apenas se mantivesse o foco gestão do regime terapêutico - (...) “executar actividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”, (CIPE®, 2003, p.58).

Dados da avaliação inicial:

O Sr A [família Leão] tem uma úlcera venosa na face interna da perna esquerda que de momento se encontra cicatrizada, (...) não calça as meias elásticas como recomendado e teve já várias recidivas (...).

O (...) médico refere que da última vez que o conseguiu fazer comparecer [Sr A família Leão] a uma consulta a sua glicemia estava a 380 mg/ml, pois tinha, por iniciativa própria, deixado de tomar os antidiabéticos orais (...).

Não comparece às consultas (...) na data prevista.

(...) O Sr A [família Leão] não comparece nas datas programadas e não cumpre as instruções que lhe são dadas (...). (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

De acordo com Figueiredo (2009, p. 301) é preciso conceber a “família enquanto unidade sistémica, permitindo integrar os diagnósticos como problemas, mas enquadrados num sistema detentor de forças e recursos para a resolução dos mesmos”, pelo que o consumo de álcool em relação ao senhor A da “família Leão” não é somente um problema individual, pois está a fragilizar a estabilidade do sistema enquanto unidade de avaliação

Diagnóstico: [Sr A da família Leão] Hábitos etílicos presentes; (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

O termo hábitos etílicos não se enquadra na linguagem classificada da CIPE® (2003) enquanto sistema unificador da linguagem de enfermagem e instituída nas organizações de saúde. Sugeríamos “uso de álcool”, se o diagnóstico fosse individual.

Perante os dados da avaliação inicial a seguir apresentados, a Comunicação Familiar, o Coping Familiar, a Interação de Papéis são ineficazes e a Relação Dinâmica, disfuncional, pelo que o uso de álcool não é um somente um problema individual, mas familiar:

(...) O Sr A tem preferência pelo café e pelas bebidas alcoólicas vinho e cerveja, que consome (...)

Sr A Iniciou o consumo deste tipo de bebidas [alcoólicas] por volta dos 15 anos de idade.

As bebidas alcoólicas são consumidas às refeições e fora das mesmas.

Refere consumir água utilizando a expressão: “Tem que ser para a patroa não se chatear... Se não há festa lá em casa que ela não sabe falar. É um cabo dos trabalhos.”

(...) O Sr A consome bebidas alcoólicas com moderação, facto desmentido pela esposa que afirma que é um consumidor quase a tempo inteiro.

Refere (...) o meu marido é um bêbado mentiroso. Sai com os amigos e é uma desgraça. Não tarda nada, está do outro lado.

A Sra B [família Leão] exerce uma relação de controlo em relação ao (...) marido e (...) filha, facto que os deixa um pouco descontentes e que gera mal-estar entre os membros da família.

Quanto às tarefas de desenvolvimento, (...) não estão a ser acatadas por parte do casal [da família Leão] que não mantém uma relação saudável.

O casal relaciona-se de forma hostil e várias foram as discussões presenciadas em plena UCSP (...).

A Sra B acusa o marido de ser “um bêbado irresponsável e de não ter tempo para “aturar as suas irresponsabilidades.

A Sra B não dispensa muito tempo ao seu marido e raramente o acompanha aos Serviços de Saúde.

A sua relação é fria e não demonstram qualquer tipo de carinho um pelo outro.

Resultado da aplicação da escala de Apgar familiar: família [Leão] com disfunção leve. (RFE8-3ºA/2ºS - ESTVI- EB)

Neste seguimento sugerimos o foco “Processo Familiar e Juízo Disfuncional” (Figueiredo, 2009, p.547). Processo Familiar “ (...) interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família” (CIPE®, 2003, p.65)

Relativamente aos diagnósticos da família Bacalhau, os estudantes da Escola A apresentam a síntese dos dados, para o diagnóstico centrado na família, embora, face aos termos da CIPE® (2003), “Edifício Residencial” enquadra-se no ambiente artificial e não na família:

[família Bacalhau]

Síntese dos dados para o diagnóstico:

O edifício que habitam ter três andares com escadas entre eles e diversas carpetes e tapetes não antiderrapantes.

Família (com) edifício residencial não adequado. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Sugerimos a adequação de “Edifício Residencial - (...) Estrutura designada e construída para habitação, residência ou lar humano proporcionando ao ser

humano abrigo, protecção e espaço”, (CIPE®,2003, p.71) por “Precaução de segurança” “ (...) Desempenhar atividades diretamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo; executar atividades orientadas para a manutenção da segurança ambiente “ (CIPE®,2003, p.57), uma vez que o edifício apresenta escadas e carpetes.

A presença de carpetes e tapetes não antiderrapantes, não são intrínsecas à estrutura do edifício, mas são barreiras ambientais que a família pode adaptar para manutenção da segurança da Sra B e permite aos estudantes perspetivar planear intervenções, em conjunto com a família, no âmbito da PrS. Seria importante também avaliar os conhecimentos sobre estratégias de adaptação às barreiras ambientais.

Sugerimos incluir na proposta de Figueiredo (2009, p.481) à Ordem dos Enfermeiros, no foco “Precaução de Segurança”, nos critérios diagnósticos “Precaução de Segurança não Demonstrada” se: existência de barreiras ambientais (carpetes e tapetes não antiderrapantes, brinquedos, móveis e outros que comprometam a segurança de pelo menos um elemento da família) e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras ambientais.

A categoria **Saúde** refere-se ao julgamento clínico da situação de saúde/doença, efetuado pelo enfermeiro com base na avaliação dos dados de um grupo ou de uma comunidade, e tem como finalidade orientar as ações de enfermagem, a fim de responder às necessidades da população, no âmbito da PrS e na prevenção da doença. Este tipo de diagnóstico é relevado pelos professores da Escola A, salientando a passagem da mudança de cuidados de um foco individual para mudança de cuidados centrados nos grupos e comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011):

No 2º ano, estágio (...) é o da eleição para o desenvolvimento da PrS, o aluno passa de um indivíduo para um grupo, (...) jovem, adulto ou idoso, consoante a área (...) aluno (...) faz um diagnóstico de situação (...).
(Ent4PA)

Na Escola A, o diagnóstico de saúde tem 2h de abordagem na UC Formação e Gestão em Saúde no 2º ano/2º semestre e o estágio ocorre no 1º semestre (DOET-2ºA-EA). Na Escola B, os conteúdos são abordados no 4ºano, na UC Enfermagem de Saúde Comunitária (PECE-EB).

Pelos excertos a seguir apresentados vemos que os estudantes, nem sempre seguem a metodologia do PE, nem a metodologia do planeamento em saúde, sendo que o tema da SEpS nem sempre parte das necessidades das pessoas, sendo sugeridos pelos enfermeiros do serviço, por outros elementos da equipa multidisciplinar ou de parceiros da comunidade e planeiam a intervenção. O facto de estes parceiros darem os seus contributos, não pode invalidar o conhecimento científico e as funções específicas da enfermagem, o que revela ainda uma visão de executor de tarefas delegadas pelo médico (Schober & Affara 2001) ou outro, neste caso. Também as Escolas do Ensino Básico ainda mantêm a tradição de solicitar de forma avulsa a intervenção dos enfermeiros nos temas, que entendem ser abordados, quando os Ministros da Educação e da Saúde em 2006 reafirmaram o compromisso, de incrementar modelos de parceria, assumindo a PrS na escola como um investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde (PNSE, 2006a). Por outro lado, um dos atributos do empowerment é que o conteúdo deve ser determinado pelas pessoas, embora os enfermeiros tenham um papel ativo na difusão do conhecimento de perito e em dar poder à pessoa (Robinson et al., 2006; Virtanen et al., 2007). Os temas não devem ser baseados, no que o educador considera importante e adequado para a saúde das pessoas, senão os educadores são detentores do poder na sociedade e a sua principal preocupação é influenciar as crenças, atitudes e comportamentos (Carvalho, 2007; Carvalho & Carvalho, 2006):

A (...) médica de família deu-nos três possíveis temas que nós podíamos abordar (...) pediu-nos colaboração para realizarmos uma SEpS, (...) escolhemos as DST. (Ent3EB-4ºA/1ºS)

O diagnóstico já estava feito (...) havia uma Profª da escola que era responsável por (...) realizar esse tipo de formações e essa Profª (...)

verificava onde os meninos tinham mais carências em termos de conhecimentos (...). (Ent6EB-4ºA/2ºS).

Na seguinte unidade de registo é visível que os estudantes identificaram nas consultas de enfermagem, o conhecimento das grávidas sobre os direitos sociais (Figueiredo, 2009), para a identificação do diagnóstico e posterior realização da SEpS:

(...) Num grupo de grávidas em contexto de CSP, na USF, em que nós (...) identificámos em todas as grávidas (...) a falta de conhecimento que elas tinham da (...) lei da parentalidade (...). (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

Os estudantes da Escola B procuram responder às necessidades dos serviços e por conseguinte integram-se nos seus projetos e em diagnósticos já realizados, o que vai ao encontro do referido por (Loureiro & Miranda, 2010) que os profissionais constroem o seu processo de formação, sempre que possível enquadrados em projetos:

(...) Já havia um estudo desde a abertura da UCC, (...) já tinham percebido que havia um número elevado de população idosa e que estava a cargo (...) do cuidador informal (...). Perceberam que (...) não havia uma informação suficiente, (...) as pessoas faziam como sabiam, mas (...) poderiam melhorar alguns aspetos, para o seu bem e para o bem da pessoa que estavam a cuidar. (Ent2EB-3ºA/2ºS)

Os professores da Escola A referem que os estudantes fazem o diagnóstico da realidade, segundo a metodologia de planeamento de ensino (Sant'Anna et al., 1998), mais orientados para as SEpS:

(...) Como estamos numa lógica de aprendizagem os Est. (...) trabalham algumas áreas específicas que são identificadas por eles ou pelos serviços, tentamos sempre que venha de encontro às necessidades do serviço, (...) parte-se da necessidade para, quando não, é feita alguma identificação pelos Est. tendo em conta a primeira fase do planeamento de ensino, que é o diagnóstico. (Ent16PA)

Pelos relatos dos estudantes verificamos, que identificam os problemas nos grupos de idosos que influenciam o desenvolvimento das atividades de vida de acordo com Roper et al. (1995) e os estilos de vida dos adolescentes, que vão permitir planejar intervenção no âmbito da EpS. Sobressai a ênfase nos problemas das pessoas e não nas suas capacidades, o que transparece que a enfermagem ainda está centrada num paradigma de mudança comportamental, concretizando-se deste modo a corrente behaviorista da PrS (Heidemann, 2006), que está mais em acordo com o modelo de Pender (Whitehead, 2005):

(...) Nós (...) pudemos construir um diagnóstico de situação (...) que era um grupo de idosos num centro de dia, (...) foi possível identificar diversos problemas (...) ao nível da atividade de vida comunicar (...) havia diversos conflitos no grupo, ao nível da mobilização o posicionamento dos idosos nos cadeirões que não era o mais correto (...). (Ent10EA -2ºA/1ºS)

A nível de grupo nós trabalhamos (...) no estágio II (...) no contexto de saúde escolar, foi uma turma do 9º ano, (...) tivemos de fazer um diagnóstico de situação, (...) identificámos (...) as carências a nível alimentar, os maus hábitos que aquelas crianças tinham, não tomavam o pequeno-almoço, a ingestão de fast food, muitas bebidas gaseificadas (...). (Ent4EB - 4ºA/2ºS)

Para o diagnóstico de saúde de um grupo de idosos em contexto de centro de dia os estudantes da Escola A mobilizaram, os dados das entrevistas aos informantes chave e aos idosos:

Síntese dos dados para o diagnóstico:

Segundo a Diretora, os serviços prestados pelo centro de dia do jardim são (...) as refeições (...) pequeno-almoço, almoço e lanche, (...) havendo a possibilidade dos idosos, (...) levarem refeições para casa (...).

Os idosos consideram que fazem uma alimentação saudável (...) variar no tipo de alimentos, comer sopa, pão e água, não comer gorduras, não pôr sal (...) e comer verduras e ter cuidado com os doces.

Sabem que não devem comer alimentos com açúcar e gorduras.

A bebida ingerida às refeições é água.

Os idosos referem beber cerca de 0,5l água por dia

Referem não beber outro líquido para além da água, apenas alguns bebem café após o almoço.

Diagnóstico: Grupo com conhecimento [sobre alimentação] em grau reduzido. (RFE5-2ºA/1ºS-EA)

Dado que a maioria das refeições são confeccionadas na instituição, podendo os idosos levar para casa, parece-nos que os estudantes poderiam ter colhido dados, que caracterizassem o padrão alimentar dentro e fora da instituição e os conhecimentos sobre preparação de alimentos dentro e fora da instituição, a fim de avaliar as capacidades das pessoas da instituição para prestar cuidados na alimentação e as capacidades de autocuidado dos idosos. Os dados a colher junto da diretora e das auxiliares de ação direta, seriam: Conhecimentos da “instituição” e das auxiliares de ação direta sobre: padrão alimentar adequado para os idosos; preparação de alimentos para os idosos; aprendizagem e capacidades da “instituição” e das auxiliares de ação direta para prestar cuidados na alimentação. Os dados a colher junto dos idosos seriam relacionados com a aprendizagem e habilidades na seleção e confeção dos alimentos.

Considerando a designação do termo “Conhecimento” sobre alimentação “(...) conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação” (CIPE®, 2003, p.45) e face aos dados disponíveis temos dificuldade em compreender, como chegaram àquele foco, pois nenhum dos dados aponta no sentido da falta de conhecimentos. Os idosos manifestam conhecimento, o que os estudantes desconhecem, são as capacidades dos mesmos em se autocuidarem. Também é natural que estes estudantes, ainda numa fase inicial do curso, e porque não existe uma UC de Enfermagem na Comunidade, como existem de outras áreas de especialização (PECE-EA), tenham dificuldade em perceber o envolvimento social e político e participação ativa, que têm estas instituições na vida e na saúde das pessoas idosas, e porque ainda se encontram numa fase de imaturidade, como refere (Bevis & Watson, 2005). Tal como vimos anteriormente não compreendem quem é o prestador de cuidados e o seu papel junto de quem cuidam, também num contexto mais alargado como a comunidade têm dificuldade em perceber o papel

das instituições sociais, como parceiros para a prática centrada na população, para definição de intervenções promotoras de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

Relativamente ao foco autocuidado beber parece ser correto, na medida em que os idosos não se autocuidam - Autocuidado beber “ (...) encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede” (CIPE®, 2003, p.56):

Síntese dos dados para o diagnóstico:

A bebida ingerida às refeições é água.

Os idosos referem beber cerca de 0,5 água por dia.

Referem não beber outro líquido para além da água, apenas alguns bebem café após o almoço.

Diagnóstico: Grupo com autocuidado beber insuficiente. (RFE5-2ºA/1ºS-EA)

Seria necessário colher outros dados sobre a ingestão de água junto dos idosos: conhecimento sobre padrão de ingestão de líquidos adequados e aprendizagem de capacidades dos idosos para a ingestão de líquidos.

Também poderiam colher dados junto da direção e das auxiliares de ação direta, uma vez que são estas que cuidam dos idosos na instituição e junto dos idosos: Conhecimentos da “instituição” e das auxiliares de ação direta sobre padrão de ingestão de líquidos adequados para os idosos; aprendizagem de capacidades da “instituição” e das auxiliares de ação direta para prestar cuidados na ingestão de líquidos aos idosos. Teriam assim mais um diagnóstico, centrado nos cuidadores:

Papel Prestador de Cuidados; Juízo não adequado

Os estudantes da Escola B integram-se nos planos e projetos da UCC para dar resposta às necessidades da população. Pelas expressões abaixo quem elaborou o diagnóstico foram os enfermeiros a partir das necessidades dos cuidadores informais. Os estudantes olham o diagnóstico de saúde da comunidade direcionado para a educação da comunidade:

A necessidade da SEpS foi da UCC, porque os Enf^{os} (...) trabalham (...) há muitos anos, (...) conhecem muito bem a população, (...) esta sessão (...) estava no plano da UCC (...) sabem que é um problema da população, não sabiam executar os cuidados e que isso iria beneficiar a população (...).
(Ent1EB - 3ºA/2ºS)

Relativamente ao diagnóstico de saúde da comunidade e segundo Stanhope & Lancaster (2011) é elencada uma lista de problemas da comunidade e cada um precisa de ser identificado claramente sob a forma de diagnóstico da comunidade. É nesta ótica que os professores realçam a sua importância para resposta às necessidades da comunidade:

(...) Nós devemos ter em atenção as necessidades (...) da comunidade (...) não é ir fazer por fazer, mas dar resposta (...) obriga que primeiro se faça um diagnóstico (...) daquela população (...) possamos (...) responder às suas necessidades (...) partir (...) de um diagnóstico, (...) da realidade, de um conhecimento das tais necessidades e então responder. (Ent3PA)

Os estudantes do 2º Ciclo relevam o diagnóstico de saúde da comunidade não só pela importância de avaliar o nível de saúde, mas também as forças ou capacidades da comunidade (Caetano et al., 2015; Stanhope & Lancaster, 2011) e como finalidade a obtenção de ganhos em saúde, o que está em acordo com o modelo de Neuman (1995) na compreensão do cliente e suas respostas humanas em relação com os fatores inter, intra e extrapessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente, em direção ao bem-estar:

Proceder ao diagnóstico de saúde de uma determinada comunidade significa para além de analisar o nível de saúde da comunidade, (...) avaliar também a capacidade que a comunidade tem de se readaptar perante os desequilíbrios ou as crises que lhe são impostas. (REF3-CMEC/CPLEEC-EA)

Pretende-se que o diagnóstico de situação de saúde promova e aprofunde o conhecimento sobre a realidade (...) do concelho (...) a partir da construção

de referenciais que sirvam de apoio à tomada de decisão sobre o processo de desenvolvimento local (...). (RFE7-CPLEEC-EB)

Seguidamente apresentamos alguns exemplos da síntese dos dados que contribuíram para a formulação do diagnóstico da comunidade, sendo esta o cliente de cuidados: “População com 75 e mais anos residente na freguesia de PTV”, o que vai ao encontro do referido por Stanhope & Lancaster (2011), que a análise de problemas requer o desenvolvimento da matriz com a identificação e mapeamento dos fatores diretos e indiretos, que contribuem para o problema, explicando as relações entre si. Os problemas são identificados de acordo com as dimensões de Neuman (1995) e os diagnósticos de enfermagem comunitária segundo a CIPE® (2003). Destacamos algumas justificações efetuadas pelos estudantes para a formulação dos diagnósticos com implicações para a PrS:

Dimensão Fisiológica e Psicológica:

Queixas de saúde (Músculo-esqueléticas, osteoarticulares e emocionais)

Síntese dos dados que contribuíram para o diagnóstico: 77,2% Referiram ter queixas de saúde, 22,8% negam queixas de saúde.

Diagnóstico:

Bem-Estar alterado em grau elevado. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Justificação/fundamentação:

O INS 2005/2006 permite observar que as dores nas costas são as mais frequentes entre a população idosa.

A probabilidade do sofrimento psicológico aumenta com a idade (...) prevalência de 41% aos 75 anos. (...) OMS alerta a (...) depressão constituir a doença mais frequente entre as mulheres com proporções significativas (...) idades avançadas (INE, 2002):

Domínio queixas emocionais, 40,5% da amostra obteve um nível satisfatório, 35,4% obtiveram um nível mau, 12,7% obtiveram um nível insatisfatório e 11,4% um nível bom. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

*Risco de saúde comunitária comprometida (domínio de queixas emocionais).
(RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)*

Justificação/fundamentação:

A probabilidade do sofrimento psicológico aumenta com a idade (...) prevalência de 41% aos 75 anos. (...) OMS alerta a (...) depressão constituir a doença mais frequente entre as mulheres com proporções significativas (...) idades avançadas (INE, 2002):

Dimensão desenvolvimento

A população assume como necessidade a existência de um lar de idosos, no entanto não se identifica como potencial utilizadora

Síntese dos dados para o diagnóstico

Necessidade da existência de um lar de idosos, 96,2% referem que sim, 2,5% referem que não e 1,3% não sabe não responde, mas quando questionados acerca da possibilidade de frequentar o lar de idosos, 74,7% referiram que, não o frequentariam e apenas 13,9% referiram que sim e 11,4% não sabe não responde. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Justificação/fundamentação:

Conseguir viver o mais tempo possível de forma independente no seu meio habitual de vida, tem que ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas. (DGS,2004)

Diagnósticos:

Envolvimento comunitário para a população idosa não demonstrado. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Crença de saúde como recurso desviante para o grupo populacional. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Trabalho em rede fragilizado. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Processo comunitário para a construção do lar de idosos, ineficaz. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Apresentamos as necessidades sentidas pelos informantes-chave, pois segundo Stanhope & Lancaster (2011) os problemas são identificados pelo enfermeiro e pela comunidade, num trabalho de parceria, o que vai ao encontro das prioridades definidas na Declaração de Jakarta (WHO, 1997) e dos princípios básicos de PrS, pois a PrS para além da participação ativavaloriza a população como um todo no contexto da sua vida quotidiana.

Também a Conferência de Nairobi sobre PrS (WHO, 2009) reforça o empowerment da comunidade, as parcerias e ação intersetorial e o fortalecimento do trabalho em rede e construção de competências para a PrS:

Necessidades sentidas pelos informantes-chave:

Falta de ocupação de tempos livres e Banco de Ajudas Técnicas.

Necessidade urgente de construção de um Lar de Idosos.

Falta de participação ativa da comunidade da dinamização de um envelhecimento saudável.

Necessidade de Comissão de Proteção para Idosos. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Os estudantes do 2º Ciclo salientam o trabalho intersetorial, pois a PrS assenta na participação ativa da comunidade, em que o poder é partilhado, no processo de identificação e na fixação de prioridades, na tomada de decisões e no planeamento de estratégias eficazes, para obter um melhor nível de saúde (Caetano, et al., 2015; Lopes et al., 2010; Stanhope & Lancaster, 2011; WHO, 1984), pelo que a validação dos resultados foi fundamental:

Fizemos um fórum comunitário, a que a população aderiu (...) foram validados e priorizados os problemas que emergiram do diagnóstico de saúde, (...) em maior percentagem. (Ent20EA-CMEC)

(...) Momento da validação na comunidade (...) sentiu-se que (...) contribuiu para a reflexão sobre os problemas da população idosa e para a perspetivação de outras alternativas que não tenham de passar necessariamente por construir um lar de idosos. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Os excertos seguintes são reveladores da importância da discussão de aspetos relacionados com a saúde, em que todos os parceiros são interventores críticos caminhando para a autonomia, o que vai ao encontro do referido por Whitehead (2003), pois a PrS visa transformar e capacitar as comunidades através da sua implicação em atividades, que influenciam a saúde pública, sobretudo, o *lobby* político, consciência crítica, entre outros:

(...) Alguns (...) informantes-chave estiveram presentes, [no fórum] (...), o Presidente da Junta, esclareceu a população sobre alguns destes problemas e o que é que já tinha sido mobilizado por ele, (...) até pela Câmara (...) foi uma mais-valia para a população. (Ent20EA-CMEC).

(...) Esteve a chefe da UCC e os (...) orientadores de estágio (...) a colega que estava na UCSP (...) teve a presença (...) delegada de Saúde Pública do CS (...) deu a sua mais-valia (...) da poluição das fábricas, do que é que já era feito, os filtros etc, foi extremamente relevante a sua presença (...). (Ent20EA-CMEC)

O domínio **Planeamento** refere-se à etapa do PE, onde é feita a avaliação das prioridades dos problemas a partir do diagnóstico, orientando o enfermeiro para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem individualizado, mobilizando o pensamento crítico, prescrevendo as ações de enfermagem (Potter et al., 2015), o que vai ao encontro do *Standard* 3 e 4 da prática profissional dos enfermeiros (ANA, 2010). Surge aqui com as categorias Sessão de Educação para a Saúde (SEpS) e Cuidados.

A categoria **Sessão de Educação para a Saúde** é considerada como todas as atividades dirigidas à família, grupos e comunidade, com base num planeamento centrado nas pessoas clientes de cuidados, nas suas atitudes e comportamentos

de saúde, estando intimamente ligados ao conceito de risco (Buss, 2000; Green & Simons-Morton, 1988; Iglesias & Dalbello-Araujo, 2011; Whitehead, 2004; WHO,1998), que se integra no *Standard 2* prevenção e proteção da saúde da prática profissional do enfermeiro na comunidade (CHNC, 2011).

Para o desenvolvimento das SEpS torna-se essencial elaborar o Plano da Sessão, que é uma estrutura, que permite organizar os objetivos a serem atingidos, o conteúdo, as estratégias de ensino e a avaliação, de forma a obter um feedback no sentido de reformular e redirecionar a matéria.

Os professores e estudantes do 1º Ciclo da Escola B ressaltam o conhecimento da realidade, que transparece na fala seguinte, mas apenas de aspetos gerais, que sendo importantes, não relevam as necessidades das pessoas, o que pode indiciar que estas atividades, por vezes, são propostas pelos profissionais com base na sua experiência, mas não compatíveis com o que as pessoas sentem, e desejam para as suas vidas, não predispondo ao empowerment. É salientado para o planeamento da SEpS, o processo de articulação que os enfermeiros fazem com as instituições da comunidade, através da “comunicação interambiente” funcionando como “díade de ligação” entre a comunidade e os estudantes (Bronfenbrenner, 2002, p.162), para que estes compreendam estas relações e como planear:

(...) São os profissionais que fazem a articulação, mas o Est. estará presente para eles perceberem que a sessão é planeada, mas não (...) só dentro do serviço, tem de ser planeada com as (...) instituições, para eles irem ao terreno e ao local e articularem com os Profs em termos de horários, datas, saberem o número de elementos, ou alunos, se forem escolas, faixas etárias, (...) e depois (...) o material que irão utilizar, em termos da sessão. (Ent9PB)

Quem estabeleceu o contacto com as pessoas das associações foi (...) Enfª da UCC já conhece as pessoas (...) há muitos anos, tem confiança com as pessoas (...). (Ent1EB-3ºA/2ºS)

Os professores realçam a negociação com os parceiros, no sentido de um planeamento conjunto para a SEpS, mas não relevam como parceiros as pessoas alvo dos cuidados, o que dá a entender, que se continua a trabalhar num paradigma

contrário ao preconizado na Carta de Ottawa (WHO,1986), em que é reconhecido às pessoas a capacidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde, que lhes dizem respeito:

(...) Ter havido uma negociação prévia sobre (...), a temática, o grupo alvo, (...) quem solicita, (...) procurar ter sempre elementos parceiros nesta (...) preparação, (...) não nos colocarmos como elementos exteriores que vão interferir e que voltam a retirar-se, (...) haver esta negociação prévia.
(Ent13PB)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola B salientam que o tema da SEpS parte de uma necessidade sentida por eles e enfermeiros, o que não facilita o processo de empowerment, pois, um dos seus atributos é, que o assunto seja sentido, e manifestado pelas pessoas alvo dos cuidados (Hermansson & Martensson, 2010):

(...) O tema foi “cuidados com o sol”, tivemos em conta que estávamos a chegar às férias e eles iam iniciar essa semana desportiva e iam para a praia e para a piscina (...) com a ajuda das Enfªs que (...) nos sugeriram e como estávamos na altura do Verão, achámos de extrema importância abordar esse tema. (Ent8EB-3ºA/1ºS)

(...) Nas várias aldeias e (...) nas associações recreativas, nos centros de encontro das pessoas, púnhamos avisos, as pessoas sabiam a hora, a duração, o tema, [SEpS] e comparecia quem estivesse interessado.
(Ent1EB-3ºA/2ºS)

No planeamento das SEpS referem os professores e estudantes do 1º Ciclo da Escola A, que seguem as etapas da organização didática do processo de ensino-aprendizagem (Sant’Anna et al., 1998; Leal, 2005), desde as fases de aperfeiçoamento e preparação até à fase de desenvolvimento, retornando à fase de aperfeiçoamento, já que, é um processo cíclico, conforme excertos abaixo. Os conteúdos sobre planeamento da sessão são abordados nas Escolas A e B no 1º ano:

Como a desenvolvo, (...) se é ou não é de acordo com as necessidades, faz um plano de sessão onde serão apresentados o tema, (...) objetivo geral, centrado no formador, os objetivos específicos, (...) grupo alvo (...) que estratégias vamos utilizar, (...) as mais adequadas, se eu tenho um grupo de mulheres de quarenta anos, se tenho um grupo de jovens adolescentes, se estou num contexto de crianças, ou de preparação para o parto, (...) estratégias têm de ser adequadas, os objetivos estarem de acordo (...) com os conteúdos que são abordados, serem objetivos mensuráveis, claros, para que no final da sessão possamos (...) fazer uma avaliação (...). (Ent3PA)

No planeamento (...) definidos os objetivos, (...) geral e (...) específicos para a sessão, (...) o tema (...) os objetivos que (...) queremos alcançar, (...) por exemplo, (...) identifiquem dois ou três fatores de risco para que haja um acidente com os filhos, (...) plano de sessão que tem a duração (...) introdução, desenvolvimento e a conclusão. (Ent5EA-4ºA/2ºS)

(...) Os Est. entregaram um plano de sessão aos Enfs e à Profª Almerinda que contemplava todas as fases do planeamento de ensino desde a fase de preparação, aperfeiçoamento, até à fase de desenvolvimento. Tinha os objetivos, os conteúdos, estratégias e como iam avaliar a SEpS (OP11-SEpSGC-2ºA/1ºS-EA)

Na fase de preparação os estudantes destacam os objetivos de aprendizagem, no sentido da avaliação (Sant'Anna et al., 1998; Leal,2005). Como se verifica no excerto a seguir, considerando a taxonomia de Bloom (1977), adotar situa-se no domínio afetivo, uma vez que, se relaciona com atitudes; adquirir, aprender e identificar são do domínio cognitivo, pois abrangem a apreensão de conhecimentos, por parte do grupo alvo e executar é do domínio psicomotor, visando no saber como proceder. Relativamente às dimensões cognitivas, os objetivos ligados à memória são de baixo nível, pois implicam recordar, reconhecer informação específica e não predispõe a interpretar e a criar. De acordo com Bevis (2005b) estes objetivos estão em consonância com o modelo behaviorista, porque neles estão formulados os comportamentos a alcançar. Diz a autora, que a preocupação se centra no, que as pessoas irão aprender e não como irão aprender:

Ao nível dos objetivos específicos considerou-se pertinente que as [assistentes operacionais] no final da sessão da PrS conseguissem: adotar posturas corretas nas diversas funções; adquirir conhecimentos sobre exercícios de alongamento muscular; aprender exercícios de relaxamento; executar alguns exercícios de alongamento e relaxamento. (RFE1-2ºA/1ºS-EA)

Os objetivos planeados para esta sessão foram: (...) identificar as fases da lactação; referir três propriedades do colostro; identificar três medidas de prevenção e tratamento do ingurgitamento mamário; mencionar os cinco sinais da boa pega. (OP23-SEpSCS-4ºA/2ºS- EA)

Surge no discurso dos professores da Escola A, que os objetivos devem ser mensuráveis face à avaliação dos conteúdos. Na continuidade do referido anteriormente sobre o modelo behaviorista, os professores e os estudantes do 1º Ciclo da Escola A consideram, que os conteúdos são melhor avaliados, através da análise dos objetivos, que se enquadram neste modelo (Bevis, 2005b):

(...) Os objetivos estarem de acordo (...) com os conteúdos que são abordados, serem objetivos mensuráveis, claros, para que no final da sessão possamos (...) fazer uma avaliação (...). (Ent3PA)

Os objetivos específicos apresentados no plano da sessão têm uma relação direta com os conteúdos e avaliação, por exemplo: que os idosos sejam capazes de adquirir uma posição correta ao sentar. (OP11-SEpSGC-2ºA/1ºS-EA)

Dizem os professores da Escola A, que a EpS na comunidade surge da identificação das áreas prioritárias de intervenção pelo conhecimento da realidade, mas não sobressai a inclusão das pessoas como parceiras neste processo, quando estas devem estar no centro do processo de tomada de decisão nas ações de PrS, para que, estas sejam eficazes (WHO,1998). Os professores realçam a criação do ambiente, que consta da fase de preparação, mas nem sempre está adequado ao processo ensino/aprendizagem das pessoas, como no excerto abaixo apresentado:

São identificadas no contexto de estágio áreas prioritárias de intervenção, (...) pelos Est. ou pelo próprio En^{fo} que conhece (...) melhor a população, (...) identifica-se em que âmbito e em que área temática é que irão ser desenvolvidas, (...) depois definem um tema e identificam um grupo alvo e têm uma serie de procedimentos (...) a criação do ambiente, o planeamento das estratégias que vão utilizar e de que forma é que fazem a avaliação (...) (Ent17PA)

A mesa com o data-show está no canto esquerdo, ao fundo do refeitório é paralela às cadeiras que estão alinhadas de modo que os Est. não estão em contacto visual com as pessoas, mas centrados nos conteúdos projetados na parede. As pessoas que ficam sentadas no canto do topo têm dificuldade em ler o que está projetado (ângulo oblíquo). (OP17- SEpSP- 3ºA/1ºS- EB)

Sobressai também a adequação das estratégias, sendo, que umas são mais centradas no grupo alvo, do que outras:

O grupo alvo é constituído por pais e adolescentes, mas as estratégias e os conteúdos estão mais centrados no grupo dos adultos do que nos adolescentes, com recurso ao data-show e método expositivo. (OP17- SEpSP -3ºA/1ºS- EB)

Os Est. (segundo dissera a Prof^a) iam fazer uma dramatização e por isso estavam vestidos com trajes como se fossem aqueles idosos. (OP11- SEpSGC-2ºA/1ºS- EA)

Na seguinte unidade de registo emerge da parte dos estudantes do 1º Ciclo da Escola A a importância da obtenção de conhecimentos para a tomada de decisão no final da sessão, mas não se pode esperar resultados imediatos, porque capacitar é um processo progressivo e contínuo, que se estabelece numa relação de confiança (Hermansson & Martensson, 2010; McCarthy & Freeman, 2008; Virtanen, et al., 2007; Williamson, 2007):

(...) No fim da sessão pretendia-se que o grupo alvo adquirisse conhecimentos com vista à tomada de decisão e mudança de hábitos. (RFE3-2ºA/1ºS-EA)

Ainda na fase de preparação os estudantes do 1º Ciclo da Escola A fazem a organização dos conteúdos centrados nas pessoas, considerando as particularidades do grupo alvo. Realçam a importância da linguagem acessível para a assimilação do conhecimento, enquanto processo pelo qual as pessoas, cognitivamente, captam o ambiente e o organizam, possibilitando a ampliação de seus esquemas (McLeod, 2009):

Os conteúdos tiveram de ser organizados de forma simples e clara (...) linguagem acessível, (...) encadeamento lógico que permitisse às ajudantes compreendê-los e assimilá-los. (RFE1-2ºA/1ºS-EA)

Est. A e B transmitem a informação para as grávidas de uma forma calma e clara, articulando bem as palavras, gesticulando e captando a atenção ao conteúdo, através dos diapositivos e de modelos (OP23-SEpSCS-4ºA/2ºS-EA)

Os professores da Escola A focam a centralidade na pessoa em todo o processo de planeamento da sessão, com relevo especial para os meios da avaliação, que devem ter por base a literacia da pessoa, que é um dos princípios chave a considerar nas iniciativas de PrS (WHO, 1986). Contudo, e considerando ser um princípio chave deve ser ponderado em todo o processo e não só na avaliação. Acrescentam ainda, a dificuldade desta valorização pelos estudantes, pelo que somos de julgar ser de trabalhar com os mesmos em ensino teórico – o que é a literacia? Que literacia têm estas pessoas? Que influência tem este conceito no acesso “à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde”? (WHO, 1986, p.10). Este é um conceito omissos nos PECE das duas escolas:

(...) Desde o diagnóstico, a escolha da população, os objetivos, as estratégias e a avaliação, eu procuro trabalhar com o aluno (...) não posso traçar objetivos que não dizem respeito àquela população, não posso escolher uma metodologia de avaliação da sessão que ponha as pessoas a escrever quando eu sei que tenho um grupo que não sabe, os alunos têm (...) alguma dificuldade neste tipo de coisas. (Ent3PA)

A centralidade nas pessoas no âmbito da PrS é entendida pelos professores da Escola A, de uma forma mais profunda tendo em vista o planeamento da SEpS, realçando as questões que os professores precisam de refletir em conjunto com os estudantes - o que significa o processo de cuidados no projeto de saúde das pessoas? Quem são estas pessoas, que precisam de mim e como eu as posso ajudar como enfermeira? Em que fase do ciclo de vida se encontram? Os interesses e expectativas das pessoas ao longo da vida são diferentes devido a fatores individuais, sociais e culturais e são fortemente influenciados pelas experiências de vida. Isto remete-nos para a “teoria da conscientização” de Freire (1973) e colocaria a questão? As pessoas têm consciência da sua situação de saúde? E depois então, lançar no tempo com o grupo de pessoas, como realça o excerto e não um momento único:

(...) Tempo é algo que também vem muito ligada à (...) PrS (...) nestes dois polos: o projeto de saúde da pessoa, de que forma é que eu posso ajudar (...) e depois como é que nós no tempo podemos fazer isto, (...) naquela pessoa ou naquele conjunto de pessoas de acordo com a fase da vida em que estão, como é que as coisas podem ser planeadas e otimizadas relativamente ao que lhes faz sentido. (Ent2PA)

O processo de aprendizagem, seja em que situação for, vai-se construindo, articulando com desenvolvimento. Requer das pessoas pensar reflexivamente para intervir sobre a realidade, numa perspetiva transformadora. A PrS é um processo com as comunidades e por isso é lento, exigindo tempo e envolvimento, como expresso no excerto dos professores da Escola A, e que no entender de Bronfenbrenner e Morris (2006) no seu modelo PPCT - processo-pessoa-contexto-

tempo, e no entender de (Bhering & Sarkis, 2009) são importantes, a quantidade e frequência de tempo em que a pessoa em desenvolvimento está exposta a um processo proximal específico e ao ambiente, com participação ativa, interações recíprocas de complexidade crescente com as pessoas, neste caso com os estudantes e enfermeiros e comprometer-se com o bem-estar e desenvolvimento, não só consigo, mas também com os outros:

Primeiro (...) o que significa o processo de cuidados no projeto de saúde e (...) partir para um planeamento adequado e (...) lançado no tempo com a pessoa, porque a PrS (...) tem de vir ligada ao desenvolvimento no tempo, (...) nada se faz com a pessoa, com os grupos ou com as comunidades no imediato (...) ou num curto espaço de tempo (...). (Ent2PA)

O tempo, também é um cuidado, que os estudantes planeiam para a sessão face ao grupo alvo:

Visto tratar-se de um grupo de idosos, o grupo [Est.] optou por adequar o tempo da sessão para que não se tornasse demasiado extensa, de forma a facilitar (...) o processo de compreensão e aprendizagem por parte do grupo alvo. (RFE1-2ºA/1ºS-EA)

A categoria **Cuidados** refere-se a todas as intervenções autónomas e colaborativas, que o enfermeiro planeia e executa dentro das suas qualificações profissionais. Após a elaboração dos diagnósticos e na sequência das etapas da metodologia científica, os enfermeiros planeiam as intervenções de PrS, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

No planeamento o enfermeiro estabelece as intervenções de enfermagem, que são prescritas sob a forma de ações/cuidados de enfermagem, como estratégias para reunir as condições, que satisfaçam as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

Como referido nos excertos dos professores, os estudantes para planearem os cuidados priorizam os diagnósticos de enfermagem, pois ao estabelecer o plano de ação, analisam de imediato, quais os que deverão ser respondidos em curto, médio

e longo prazo, determinando os resultados esperados para cada diagnóstico e as intervenções consideradas as mais adequadas:

Neste estágio [2º ano] o aluno faz diagnóstico de situação a (...) grupos, identifica necessidades e/ou problemas e faz priorização de problemas (...) apoiado sempre pelo Prof e pelo cooperante em termos de supervisão (...).
(Ent4PA)

De acordo com o método de Hanlon, (García; Arguelles & Flores,2012) aplica-se uma fórmula aos critérios: vulnerabilidade, gravidade e viabilidade das intervenções. Valoriza também a opinião dos profissionais e da população, tal como preconiza Stanhope & Lancaster (2011) e como verificamos nos relatórios do CMEC/CPLEEC da Escola A:

Os Est. apresentam um quadro com quatro problemas prioritários, após validação com todos os participantes em Fórum comunitário: saúde comunitária comprometida; Envolvimento comunitário para a população idosa não demonstrado; Trabalho em rede fragilizado e Processo comunitário para a construção do lar de idosos. (RFE1-CMEC/CPLEEC-EA)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A, apresentam o planeamento dos cuidados orientados para os diagnósticos, conforme se verifica no excerto abaixo, contudo, e como analisámos anteriormente o diagnóstico está centrado no ambiente e a maioria das intervenções estão centradas nos cuidados à família. Não apresentam o plano de cuidados com resultados esperados dentro de um determinado tempo. Acerca das ações “instruir”, os estudantes situam-se apenas em dar informação à família, o que, numa lógica de PrS é insuficiente, pois, embora a informação seja importante em termos de literacia, não significa, que as pessoas se consciencializem da sua situação de saúde, e tomem as decisões adequadas na prevenção de quedas ou num sentido mais positivo de saúde, tomem as decisões mais adequadas na promoção da sua segurança, pelo que há outros termos, como aconselhar “ que é um tipo de orientar com as características específicas: através do diálogo, capacitar alguém para tomar a sua própria decisão” (CIPE®,

2003,p.157). Capacitar, significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, dar poder para a autonomia e tomada de decisão, o que exige aos enfermeiros partilha de poder, embora aconselhar¹¹ na língua portuguesa não signifique capacitar, mas “dar conselhos, recomendar; sugerir, orientar, admoestar, avisar, procurar convencer”, o que coloca o enfermeiro numa posição de poder e não em partilha de poder. Um outro termo possível é “dar poder” que “é um tipo de promover com as características específicas: capacitar as pessoas para fazerem escolhas de modo a poderem realizar o seu potencial para influenciar a sua saúde” (CIPE®,2003, p.154):

Ações de enfermagem para o diagnóstico: família [Bacalhau] (com) edifício residencial não adequado:

Observar edifício e condições do mesmo;

Observar marcha e deambulação no interior do edifício;

Verificar a existência de conhecimentos acerca de medidas de segurança;

Avaliar o risco de queda da família;

Instruir para a prevenção de quedas;

Instruir sobre medidas de segurança (perigo da existência de tapetes e carpetes que não sejam antiderrapantes, existência de degraus);

Orientar para a adoção de medidas de segurança (existência de tapete antiderrapante). (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola B, apresentam os cuidados orientados para os diagnósticos, conforme excerto abaixo, mas como analisámos anteriormente, o diagnóstico está centrado no indivíduo e não na família. Não apresentam o plano de cuidados, mas mostram a meta do que esperam conseguir alcançar com a sua intervenção, sem especificação do tempo. Relativamente ao termo “incentivar” não existe na linguagem classificada. No que concerne ao termo “ensinar, implica dar informação sistematizada, o que numa lógica de PrS continua a ser insuficiente para a consciencialização da situação de saúde da pessoa (Williamson, 2007):

¹¹ Aconselhar in Dicionário da Língua Portuguesa com acordo ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consult. 2016-07-19 16:40:27]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/aconselha>

Ações de enfermagem para o diagnóstico: *[Sr A da família Leão] Hábitos etílicos presentes; (que o doente reduza a ingestão de bebidas alcoólicas)*

Incentivar o utente a diminuir o consumo de álcool;

Ensinar sobre malefícios do consumo excessivo de álcool;

Promover estilo de vida saudável. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Na apresentação dos estudos de caso, os estudantes da Escola A mostram o plano de cuidados, mas sem resultados esperados. Pelas ações propostas pelos estudantes parece existir relação com o diagnóstico. Destacam-se as ações instruir, educar e aconselhar, mas na sequência do que temos vindo a analisar, não parecem ser as suficientes no âmbito da PrS. Salienta-se Promover que “é um tipo de assistir com as características específicas: ajudar alguém a começar ou progredir nalguma coisa” (CIPE®, 2003, p.154). Mas outras mais direcionadas poderiam ter sido incluídas: “dar poder” e “negociar”, no sentido de conseguir um compromisso ou acordo, pois a negociação nos cuidados permite envolver as pessoas no processo de transição, e acreditar na sua capacidade e responsabilidade (Robinson et al., 2006; Williamson, 2007). No modelo de “empowerment” para a enfermagem (Gibson, 1991), a negociação é fundamental na interação cliente/enfermeiro, em que desenvolvem relação de confiança baseada no respeito mútuo e integridade (Freeman, 2008; Williamson, 2007):

Ações de enfermagem para o diagnóstico: *puérpera com conhecimento não demonstrado [acerca dos cuidados a ter com as mamas]:*

Promover [a independência da D. Maria nos cuidados às mamas] (Sem Horário);

Reforçar [importância dos cuidados] à mama da mulher (Sem Horário);

Motivar a D. Maria [para os cuidados à mama] (Sem Horário)

Disponibilizar serviços de enfermagem (SOS)

Elogiar a D. Maria (Sem Horário)

Instruir a D. Maria [sobre os cuidados à mama] (Sem Horário)

Educar a D. Maria [sobre os cuidados à mama] (Sem Horário)

Aconselhar a D. Maria [a realizar massagem às mamas. (OP37-EC-4ºA/1ºS-EA)

O planeamento de cuidados, a seguir apresentado, está orientado para o diagnóstico e como vimos, anteriormente, está centrado na função e não na pessoa. Apresenta uma meta que não permite ter relação, nem com o diagnóstico, nem com as ações, nem com a avaliação em termos de resultados. As ações de enfermagem, na sua maioria, estão centradas nas complicações da doença e na sua prevenção como, por exemplo, “ensinar sinais de hipoglicémia”, o que está em acordo com Whitehead (2004), Whitehead et al. (2008) e Iglesias & Dalbello-Araujo (2011), que muitos enfermeiros igualam a PrS à prevenção de doenças e desde que o modelo da HND de Leavell & Clark (1978) surgiu, tem sido entendida como um subconjunto da prevenção (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003; Lefevre & Lefevre; 2007). Nos *Standards* da prática profissional de enfermagem na comunidade (CHNC, 2011) eles estão diferenciados. O *Standard 1* diz respeito à PrS e o *Standard 2* refere-se à prevenção e proteção da saúde:

*Ações de enfermagem para o diagnóstico: [Sr A da família Leão]
Metabolismo energético alterado;
(que o doente compreenda a importância do seguimento da sua doença)*

Instruir acerca da importância do acompanhamento médico e de enfermagem;

Ensinar sinais de hipoglicémia (suores frios, visão turva, falta de concentração e fome súbita);

Ensinar procedimentos básicos na presença de hipoglicémia;

Ensinar sinais de hiperglicemia (cefaleias, boca seca, poliúria);

Ensinar procedimentos básicos na presença de hiperglicemia;

Ensinar acerca dos cuidados a ter com os pés;

Instruir acerca dos riscos da diabetes;

Ensinar sobre alimentação e ingestão de líquidos. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

A dimensão **Implementação** refere-se a uma outra fase do PE, que consiste em pôr o plano em ação para obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de

enfermagem A fase de implementação insere-se no *Standard 5* da prática profissional de enfermagem (ANA,2010), surgindo aqui com as categorias: ambiente de cuidados e comunitária.

A categoria **Ambiente de cuidados** refere-se a todos os ambientes onde os enfermeiros exercem as suas funções, propiciando a dinâmica de cuidar e a qualidade que os clientes necessitam. Considerando a conceção de cuidado de enfermagem, este está imbuído de interação com o meio ambiente não só físico, mas também relacional com os outros profissionais e com as pessoas sujeitos de cuidados e familiares ou cuidadores, valorizando-os no processo de cuidados (Silva & Alvim, 2010). Assim os estudantes realçam características ambientais e físicas, como a ausência de ruídos, luz e cor, como fatores promotores do bem-estar físico e conforto das pessoas (Silva & Alvim, 2010):

(...) Um ambiente calmo, sem barulhos, porque era num recanto do CS, era um espaço amplo, com luminosidade natural, tinha janelas e permitia um ambiente tranquilo e sossegado a nível do desenvolvimento das sessões.
(Ent2EB-3ºA/2ºS)

Havia uma lareira acesa com proteção e o sol entrava pelas janelas, pelo que a temperatura estava agradável. Ouve-se um ruído perturbador (tachos) vindo da cozinha que funcionava mesmo ao lado e os Est. vão fazendo algumas paragens. (OP11-SEpSGC-2ºA/1ºS- EA)

No cantinho do bebé, dedicado à amamentação e à troca de fralda, decidimos pintar as paredes com tons claros de forma a promover o bem-estar, calma e a suavidade. As cores claras irão acalmar o bebé facilitando a amamentação. (RFE1-4ºA/1ºS-EB)

Salientam também outras características do ambiente relativas a informação, que as pessoas captam, e que têm influência na PrS, o que parece estar em acordo com o *Standard 5B - Health Teaching and Health Promotion* - da prática profissional do enfermeiro, na utilização de tecnologias de informação, para comunicar PrS aos consumidores de cuidados de saúde numa variedade de settings (ANA, 2010):

O ambiente nos CS é mais favorecedor da PrS do que nos hospitais, (...) as condições são diferentes, a nível de estrutura física (...) as salas estão todas decoradas com objetos alusivos à saúde materna ou a todas as áreas em que pretendemos promover a saúde e têm (...) indicações chave e uma pessoa olha e fica sempre uma pequena mensagem. (Ent3EB-4ºA/1ºS)

Nos quartos da obstetrícia existiam painéis digitais fixos com informação alusiva ao aleitamento materno, como a criança deve agarrar o seio para mamar e contra-indicações do uso da chupeta. Nos corredores haviam alguns cartazes com informação às puérperas e cuidados ao RN. (OP12-SO-3ºA/1ºS- EB)

No âmbito da dinâmica de funcionamento salientam situações, que ocorrem no ambiente com relevo na privacidade das pessoas, como as interrupções por parte dos pares, quebrando a dinâmica da interação:

O ambiente, (...) eu estive num CS em que havia uma necessidade de ir àquela sala constantemente pela localização do material, (...) podíamos estar a ser interrompidos algumas vezes. (Ent2EB -3ºA/2ºS)

Entra uma Enfª que vem buscar uma garrafa de água e ouvem-se portas a bater. (OP27- CEPNPCD - 4ºA/1ºS- EB)

Nesta sequência, evidenciam também a pressão do tempo pelas interrupções da parte médica que, para além de quebrar a dinâmica da interação, produzem impacto psicológico nos enfermeiros e estudantes e quebram a relação entre os profissionais (Silva & Alvim, 2010). Estes são aspetos, que um enfermeiro promotor de saúde precisa de considerar, como intervir no ambiente físico, social e de relações interpessoais para a PrS, já que é ele, que passa mais tempo com as pessoas, e carece de um papel ativo na dimensão política da instituição, para a humanização dos cuidados, pois quando presta cuidados, deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única de acordo com o artigo 89º Código Deontológico (OE,2009) e promover “um ambiente de cuidados propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p.143):

*Eu vi outros profissionais de saúde (...) médicos, a dizer “olhe despache-se”!
Uma pessoa não pode mudar o mundo, tem que ser uma equipa (...).
(Ent3EB-4ºA/1ºS)*

*(...) Em consultas de saúde infantil ou de puerpério, onde é dada mais
promoção (...) profissionais (...) médicos (...) chegavam a entrar dentro da
sala e diziam “então? ... isso é para despachar! ... eu tenho que ir almoçar...”
quando ainda faltava abordar alguns conteúdos e alguns significativos.
(Ent5EA-4ºA/2ºS)*

*Entra a médica e diz que bem pode chamar, mas estão todos na conversa e
o Enfº e a Est. dão por terminada a consulta de enfermagem. (OP29-
CEPNPCDC-3ºA/2ºS-EA)*

Um elemento crítico que é referido pelos professores da Escola B e pelos estudantes do 1º Ciclo da Escola A, é a organização do tempo para a consulta de enfermagem e implementação no âmbito da PrS (Loureiro & Miranda, 2010), conforme vemos nos excertos abaixo. Por outro lado, os estudantes estão em desenvolvimento evolutivo, pelo que os processos proximais funcionam como motor do mesmo, para o desenvolvimento de competências (Bhering; Sarkis, 2009; Bronfenbrenner; 2002; Bronfenbrenner & Morris, 2006), e se não existirem, ou se forem fracos, então os estudantes têm mais dificuldade, em adquirir os conhecimentos e todo um conjunto de habilidades, que os processos proximais poderiam produzir, pois estes dependem dos contextos, das características das pessoas e do tempo:

*(...) Nas UCSP (...) há a pressão de se fazer a consulta de enfermagem (...)
a pressão (...) da própria parte médica para realizar esse tipo de consultas o
que não permite que haja um tempo considerado mínimo para nós
prestarmos cuidados no âmbito da PrS. (Ent10PB)*

*Não é só fazer os ensinamentos e pronto, (...) há muitas pessoas idosas que
gostam de falar e elas ao tentarem explicar uma situação acabam por
demorar muito tempo e se houvesse (...) mais tempo dava para haver mais*

(...) interação com as pessoas e elas aceitariam mais os ensinamentos que nós lhes fazemos. (...). (Ent1EB-3ºA/2ºS)

As consultas de enfermagem são muito curtas em termos de tempo, (mais ou menos 5'-10'), limitando muitas vezes que se vá além da avaliação de dados antropométricos e de avaliação da TA e dos registros destes valores. (OP22-CEPNPCD - 4ºA/1ºS-EB)

Também o modo como os serviços estão organizados no planejamento das atividades, parece indicar ser um fator perturbador à prática da PrS, e esta parece não ser entendida como intervenção com o mesmo estatuto das outras intervenções, na prática diária dos enfermeiros, tendo reflexo na aprendizagem dos estudantes:

(...) Podemos fazer dez [consultas de enfermagem] e depois, fazer domicílios, (...) atender quinze durante a manhã (...) no final do dia, os dias mais cheios que tive (...) atendemos cerca de trinta e cinco utentes, não sei se chegaram a quarenta, (...) não há muito espaço para falarmos com as pessoas. (Ent1EB-3ºA/2ºS)

Nos cuidados hospitalares, o hospital é (...) específico daqueles cuidados (...) há PrS, mas, (...) há serviços de medicina com quase trinta camas que têm dois Enfs a cuidar e onde é que o Enf vai ter tempo para fazer uma boa PrS para algum utente? (...) Não tem! (Ent1EB-3ºA/2ºS)

Relativamente ao ambiente de cuidados individualizados e em contexto domiciliário os estudantes relevam, que para os cuidados terem resposta adequada, depende da pessoa ter ou não recursos para os seus cuidados:

(...) Tem alguma influência nos termos mais condições, uma casa (...) com luz elétrica (...) podemos fazer determinado tipo de intervenções e a pessoa ter mais meios para mudar a sua vida conforme as nossas instruções do que uma pessoa com menos meios (...). (Ent10EA-2ºA/1ºS)

Um outro aspeto que sobressai das falas dos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas, é a disponibilidade das pessoas para a aprendizagem, mas também sobressai haver implementação *standardizada* de modo repetitivo, o que parece indiciar, que os cuidados estão formatados para as pessoas fazerem de determinada forma e num sentido de culpabilização pela sua saúde, transparecendo haver ainda uma tendência do paradigma biomédico (Carvalho, 2007). Há também uma tendência dos estudantes em dizer às pessoas, como fazer:

(...) Se a pessoa em si não está disponível ou não quer ouvir, influencia dramaticamente o processo de promoção ou de EpS. (Ent10EA-2ºA/1ºS)

(...) A pessoa não está muito interessada em ouvir o mesmo e até compreendo, porque se fosse o meu caso eu (...) nem gostaria, se cada vez que vou a uma consulta vou ouvir a mesma coisa, a pessoa fica sem interesse, é bom ouvir as coisas de maneira diferente, haver outro tipo de explicação e não dizer “se fizer isto, acontece isto e isto e se não fizer aquilo, acontece isto e isto”. (Ent1EB-3ºA/2ºS)

Os estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas realçam a necessidade de adequar as estratégias de comunicação e relacionais na interação com as pessoas, de modo a capacitá-las para o autocuidado, fornecendo meios e oportunidades (WHO, 1986) para a consciencialização, envolvendo a família no processo de cuidados:

Arranjamos estratégias para dizer as coisas de maneira diferente, (...) por exemplo, “o Sr já teve calos?” “Já” “ (...) sabe, porque é que lhe apareceram os calos?” “Era por causa dos sapatos que eu tinha” “ (...) Acha que foi dos sapatos?” “Eu acho que sim, mas eu gostava daqueles, são os que eu uso sempre” “Então, mas se o Sr sabe que o calo foi feito por causa do sapato não podia ter mudado de sapatos? Podia experimentar outros para ver se o calo diminuía, para ver se não lhe doía tanto” “Se calhar até podia fazer isso”. Em vez de estar só a dizer “o Sr não pode estar sempre a usar os mesmos sapatos, porque senão acontece isto e isto”. Tem de haver alguma interação para as pessoas compreenderem, não é despejar matéria em cima das pessoas, senão elas não levam nada para casa. (Ent1EB-3ºA/2ºS)

Est. informa que deve ter cuidado com a gordura das bolachas. Entre o pequeno-almoço e o almoço comer uma peça de fruta e uma tosta ou um bocadinho de pão integral. Vamos mudar esse hábito? Pergunta, olhando para o Sr e para a esposa. Depois informa para comer entre as refeições, e não misturar arroz, batata e massa. Se comer pão entre as refeições, não comer às refeições. Vamos fazer assim? Pergunta, pegando na mão do Sr e procurando o seu olhar e acrescenta, vamos negociar isso? (OP16-CEPNPCD-4ºA/2ºS-EA)

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola B focam o ambiente na família, no que concerne às relações estabelecidas entre si e a família, salientando a relação de confiança estabelecida após intervenção, que é um dos atributos importantes a ser mobilizado no processo de cuidados no empowerment (Hermansson; Martensson, 2010):

A relação de ajuda estabelecida com a família (...) melhorou com alguns ensinamentos e conselhos que foram executados (...). Esta família confia em mim e sente-se à vontade para falar dos seus problemas de saúde e preocupações a nível social. (REFL3-3ºA/2ºS-EB)

Os professores da Escola A realçam a intervenção na família em direção ao bem-estar, ao equilíbrio, sendo conceitos orientadores para a capacitação, mas não está explícito se os estudantes têm a noção clara destes mesmos conceitos:

(...) Perceber que a família tem que reunir consensos e tem que estar com um bem-estar (...) instalado para poder (...) ultrapassar uma situação de doença, (...) entramos sempre na esfera do bem-estar e na esfera do equilíbrio e na esfera da PrS que entra muito na esfera do capacitar a família para, (...) são conceitos promocionais. (Ent16PA)

Nem sempre as intervenções dos estudantes na família vão no sentido da capacitação, pois colocam-se numa posição de poder, de dizer como fazer “faça”, “evite” e utilizando uma “receita”, que pode ser utilizada em todas as situações e

não no estabelecimento mútuo de objetivos, num modelo de empowerment (Gibson, 1991):

[família Parda] Ensinos realizados:

Faça uma alimentação saudável:

Prefira: Grelhados e cozidos; Carnes brancas (frango sem pele, coelho peru);

Peixe; Vegetais e frutas

Evite: Sal; Álcool; Fritos; Marisco; Produtos de charcutaria; Carnes vermelhas; Gorduras e óleos, molhos; Doces. (RFE13-3ºA/2ºS-EB)

Também os meios utilizados estão centralizados mais na doença e nas complicações, do que em medidas capacitadoras (WHO, 1986):

Uma vez que o Sr A [família Pintassilgo] é hipertenso foi-lhe entregue um panfleto (...) onde continha informação acerca do significado de ter hipertensão, conselhos úteis e malefícios da mesma. (RFE18-3ºA/2ºS-EB)

A categoria **Comunitária** incide na implementação de cuidados com grupos ou com a comunidade mais alargada bem como na prestação de serviços das ESS com parceiros da comunidade, nas quais os estudantes participam. Integram-se também nesta categoria os projetos e a intervenção setorial.

Os estudantes do 1º Ciclo da Escola A manifestam, no seguinte excerto, saber que a intervenção comunitária está orientada para a singularidade das pessoa, não se impondo a elas, e relevam o trabalho em equipa, mobilizando os recursos disponíveis, mas mostram dificuldade em conceber um trabalho em parceria com a comunidade, mas estes estudantes ainda estão numa fase imatura do seu processo de ensino aprendizagem, como vimos anteriormente, e porque estes são conceitos pouco explorados com os estudantes. As parcerias com envolvimento das organizações comunitárias oferecem meios mais eficazes para as intervenções, porque se envolvem ativamente e apoiam-se nas forças nelas existentes. (Caetano, et al., 2015; Stanhope & Lancaster, 2011):

No âmbito da PrS, o En^o não deverá impor nem exigir alguma modificação nos comportamentos e hábitos das pessoas, mas sim trabalhar em equipa com as mesmas, (...) conseguir negociar e arranjar estratégias recorrendo aos recursos que o indivíduo tem disponíveis para promover um maior bem-estar (...). (RFE1-2ºA/1ºS-EA)

Quando se trabalha na comunidade, mesmo que seja apenas com grupos, parte-se da realidade das pessoas num trabalho com os parceiros e não para os parceiros, com planos de ação conjuntos e responsabilidades negociadas com envolvimento na resolução dos seus problemas, tomando as suas próprias decisões com um papel ativo no processo de mudança (Caetano, et al., 2015; Stanhope & Lancaster, 2011).

Os excertos a seguir transcritos dos professores da Escola B e dos estudantes do 1º Ciclo da Escola A não relevam estes aspetos tendo uma intervenção mais orientada para o *Standard*, de ideias pré-concebidas de mudanças de comportamentos e sem envolvimento dos parceiros e planos conjuntos, embora a fala dos professores fale na estratégia de reflexão, que é uma medida para a capacitação.

(...) Posso estar a utilizar como uma metodologia de interação grupal, por exemplo, a saúde escolar (...), estou a intervir num grupo, (...) de indivíduos com as mesmas características no mesmo espaço e aí vou ser já sensibilizadora, (...) levar alguém a refletir em, ou a começar a ser alertado para, (...) a minha intervenção vai ser diferenciada, (...) tudo isto é EpS. (Ent13PB)

Nesta sessão foram abordados (...) ensinios no âmbito da fisiopatologia da doença, do auto - vigilância da glicemia, da alimentação, exercício físico e identificação e atuação perante complicações da diabetes: a hipoglicémia e hiperglicemia. (REFL25-3ºA-2ºS-EA)

Em alguns diapositivos apresentados, no relatório final de estágio, pelos estudantes verifica-se uma relação de poder na transmissão da informação, com uso excessivo de “deve-se”, o que implica obrigação e não tomada de decisão:

Deve-se consumir 1,5l a 3l de água por dia; deve-se consumir 3 a 5 peças de fruta por dia; deve-se consumir 1 a 3 porções de gorduras e óleos, por dia; deve-se consumir 1 a 3 porções de laticínios, por dia; deve-se consumir 1,5 a 4,5 porções de carne, pescado e ovos, por dia. (RFE3-2ºA/1ºS-EA)

No âmbito da prestação de serviços, os estudantes do do 1º Ciclo e do CPLEEC da Escola B dão resposta a projetos voltados para a comunidade, como transparece nos excertos seguintes, o que vai ao encontro do referido por (Loureiro & Miranda, 2010), com o envolvimento dos parceiros:

(...) Tivemos a nossa “caminhada para a saúde”, organizada pelo CS, que teve a colaboração do PI+PA e da câmara municipal, no início realizamos alongamentos para prevenir lesões, as pessoas foram muito recetivas, estava um clima de alegria. (REFL2-4ºA/1ºS-EB)

(...) Intervir na comunidade concebendo e planeando a implementação de programas e projetos de intervenção (...) à consecução de projetos de saúde de grupos ou comunidades tendo em conta as especificidades culturais (...). (RFE4-CPLEEC-EB)

Na prestação de serviços destacam-se ainda as atividades de extensão à comunidade em que através de protocolos, as ESS desenvolvem PrS com a participação dos estudantes possibilitando o desenvolvimento da sua cidadania. Este tipo de atividades é defendido por Tavares (2003), ao referir que na operacionalização da dimensão instituída, é necessário introduzir atividades mais livres em função da formação dos estudantes e das exigências atuais da comunidade. O PNS 2012-2016 (DGS, 2012a) tem como princípio orientador, promover uma cultura de cidadania, com iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupos populacionais, como o voluntariado, entre outros, visando a promoção da literacia, capacitação, empowerment e participação com o envolvimento de várias

estruturas da comunidade, mas isto requer projetos conjuntos e não intervenções avulsas:

(...) São parcerias e protocolos que temos com algumas instituições locais e outras vezes a comunidade também solicita (...) outras vezes é (...) na Expo (...) em que (...) desenvolvemos algumas atividades (...) de saúde oral, (...) tudo o que é promover a saúde, desde saúde oral, alimentação e tudo o que são hábitos de vida saudáveis. (Ent9PB)

Os técnicos foram animadores sociais, (...) que estavam a gerir a faculdade sénior e que tinham uma parceria com a Misericórdia (...) lideraram o processo [PrS] entre as pessoas que estavam e os alunos com os contactos com a universidade e com o CS e foi (...) uma visibilidade para a comunidade, porque as pessoas eram todas (...) autónomas, (...) não estavam doentes, pessoas que estavam na universidade. (Ent16PA)

O domínio **Avaliação dos cuidados** refere-se à última etapa do PE, que permite aos enfermeiros, avaliar o progresso em direção aos resultados sensíveis aos cuidados das intervenções de enfermagem (Figueiredo et al., 2014a) e insere-se no *Standard 6* da prática profissional dos enfermeiros (ANA, 2010). Estes fazem uma avaliação sistemática e contínua, com base nos critérios dos resultados em relação às estruturas e processos prescritos, pelo plano de cuidados no tempo previsto e avaliam a evolução. Os dados da avaliação permitem rever os diagnósticos, os resultados, o plano e a implementação.

Os professores da Escola A relevam a avaliação como etapa importante para a mudança:

(...) A etapa da avaliação (...) tem que ser vista como avaliação do impacto, avaliação do processo e a avaliação do resultado, isto é, sempre muito bem focado, porque (...) existem imensas intervenções e (...) projetos e (...) falha (...) a avaliação. (Ent3PA)

É fundamental para que se possam (...) fazer mudanças e reestruturações (...) estes três tipos de avaliação, (...) impacto, aquilo que causa, logo... o

processo, (...) como é que ao longo de todo este processo estas avaliações têm que ser feitas e (...) a avaliação de resultados, (...). (Ent3PA)

A avaliação dos cuidados emerge com duas categorias: acompanhamento e resultado da intervenção. A categoria **Acompanhamento** é um processo sistemático e contínuo, que se faz através dos registos em notas de evolução. Em PrS permite ir co-construindo com as pessoas todo o processo de empowerment, dando-lhes autonomia, através de negociação e de consciencialização para a tomada de decisão, acreditando nas capacidades das pessoas (Robinson et al., 2006; Williamson, 2007), potenciando os fatores salutogénicos. Procura assim responder à questão “Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais)” (Antonovsky, 1991, 1993, 1996).

Nas falas dos professores da Escola A emerge a avaliação em termos de revisão dos progressos, em diferentes momentos, o que pressupõe ser um acompanhamento gradual das pessoas cuidadas num processo conjunto, adequando as estratégias. Isto coaduna-se com o anteriormente analisado relativamente ao tempo, para que a pessoa se desenvolva naquilo, que lhe faz sentido para o seu projeto de saúde. O desenvolvimento de habilidades e capacidades desenvolvem-se no tempo, na relação dos processos negociados entre enfermeiros e pessoas, ambos com características próprias influenciadoras dos processos proximais, nos quais precisam de participar ativamente em interações recíprocas de complexidade crescente e também depende dos contextos, em que ocorrem (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner, 2002; Bronfenbrenner & Morris, 2006):

(...) Em termos das diferentes etapas [PrS] ajudá-lo a perceber que não pode existir um momento de avaliação, mas vários (...) que é um processo co construído e que existem formas e estratégias que podem ser utilizadas de forma mais adequada, dependendo do momento em que isso ocorre e da evolução. (Ent2PA)

Numa lógica de aproximação com o que analisámos, está a expressão dos estudantes do 1º Ciclo da Escola A, ao referir avaliar num próximo processo proximal, não só os conhecimentos, mas também as habilidades:

Numa próxima consulta terá de se (...) validar os conhecimentos e as práticas da Sra, visto que é transversal a todo o processo educativo e verificar (...) se há demonstração de conhecimentos naquilo que foi negociado. (REFL1-3ºA-2ºS-EA)

Nas expressões seguintes os professores da Escola A e estudantes dos dois ciclos de estudo das duas Escolas situam-se na informação dada ao cliente e aquisição do conhecimento e como a pessoa o está a utilizar, na crença de que apenas informação é suficiente para a mudança, e como analisámos anteriormente, não é tão linear. É preciso dar tempo, mas um tempo extenso de acompanhamento interativo e de forma regular (Bhering & Sarkis, 2009; Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 2006). Esta questão do tempo, embora não explícita, é apoiada por Antonovsky (1993), quando refere, que o sentido de coerência desenvolve-se, basicamente, durante a infância e juventude e é, analogamente, estável ao longo da vida, ficando completo por volta dos 25-30 anos e torna-se mais estável e mais difícil de modificar no envelhecimento:

(...) O que falta (...) é a avaliação daquilo que (...) fazemos, até que ponto é que esta informação que nós damos se transforma e a pessoa a transforma em conhecimento. (...) Tenho de ir monitorizando todo este processo. (Ent3PA)

Verificar [mais tarde] se a Sra B [família Leitão] se mostra recetiva à informação prestada pelo Enfo (...). (RFE9-3ºA/2ºS-EB)

Após a implementação das intervenções (...) houve interesse da família [Bacalhau] em assumir as sugestões propostas, de modo a diminuir (...) preocupação existente e a melhorar a relações entre os seus membros. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Procurar reforçar nas visitas seguintes o que foi transmitido na (...) anterior e verificar o grau de aquisição. (RFE3-CPLEEC-EB)

A categoria **Resultado da intervenção** refere-se a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e aos resultados obtidos com as SEpS, o que emerge nos excertos seguintes, embora mais centrada, no que as pessoas manifestaram acerca da sessão e se em termos de comportamentos responderam, efetivamente, aos objetivos propostos:

No fim procuramos ver com os elementos com quem se interveio, o que é que realmente resultou, se foi positivo, se não (...), por exemplo, após um ano que estivemos a intervir na escola [saúde oral] no fim voltou-se a fazer essa mesma avaliação, (...) os meninos a quem tinha sido detetado cárie tinham sido orientados para que essa situação procurasse ser resolvida (...) que não houvesse novas cáries. (Ent13PB)

A avaliação da SEpS foi feita através de questões:

Est.- Porque é importante fazer ginástica?

Idosos - faz bem à nossa mente, aos nossos braços e às nossas pernas

Est. - E como nos devemos sentar?

Idosos - Ereta como eu estou, respondeu uma idosa

Est. - E o que fazer para não estarmos tristes?

Idosos - Cantar diz um, contar anedotas, diz outro, fazer rir os outros e rir também; dar-mo-nos bem com todos, com os amigos, com a família e com os nossos colegas, dizem outros.

Est. - O que devemos pôr atrás das costas?

Idosos - Pôr a almofada para aliviar a dor. Uma das idosas diz que já costuma colocar. (OP11-SEpSGC-2ºA/1ºS- EA)

A avaliação também é manifestada pelos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas, nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e centrada nas pessoas:

Sra A [família Carneiro] reconhece que tem um papel importante na família, (...) entendeu os nossos ensinamentos no sentido de prevenir a exaustão do

prestador de cuidados, referindo que também tem de tirar um tempinho para pensar nela. (RFE5-3ºA/2ºS-EA)

(...) Higiene oral da família [Pombo], a Sra B referiu que compreendeu [a informação] sua importância e (...) iria incentivar toda a família a cumprir as indicações que foram dadas. (RFE15-3ºA/2ºS-EB)

Surgem também expressões dos estudantes do 1º Ciclo das duas Escolas direcionadas para a culpabilização das pessoas, responsabilizando-as por qualquer ação, que elas possam ou não realizar (Iglesias & Dalbello-Araujo, 2011; Whitehead, 2004), situando-se no paradigma da categorização.

Apesar dos esforços por parte de toda a equipa de enfermagem, (...) o Sr A [família Leão] repete vezes sem conta os atos indisciplinados e descuidados que exerce sobre a sua saúde. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

Quanto aos (...) hábitos etílicos, segundo [o Sr A da família Leão], diminuíram: “eu só bebo um copito ao almoço e outro copito ao jantar Sra Enfa”, mas a verdade é que a sua sinceridade continua a ser posta em causa. (RFE8-3ºA/2ºS-EB)

As ideias sugeridas foram ouvidas, pela [família Bacalhau], mas julgo que apenas algumas serão executadas, (...) as idas ao café (...) à casa dos vizinhos para poder conversar. (RFE1-3ºA/2ºS-EA)

Em síntese e respondendo aos objetivos traçados para este estudo: Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular e identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS, identificamos neste tema como os professores mobilizam os conhecimentos na PrS, no desenvolvimento curricular, bem como os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS. Neste tema identificamos diferentes modos de conhecimento dos professores nos domínios: avaliação diagnóstica, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, sendo de discutir estes resultados à luz do desenvolvimento curricular. Identificamos

também diferentes sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS nos mesmos domínios. Na figura 13 apresentamos um exemplo do modo como fizemos a síntese dos dados a partir do tema e domínios.

Assim no desenvolvimento curricular, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos, no domínio AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA e os estudantes atribuem os seguintes sentidos à aprendizagem da PrS:

- Os estudantes:
 - Valorizam como foco de atenção a doença e o motivo da procura dos cuidados, o que os coloca numa avaliação da parte da pessoa e não como ser multidimensional;
 - Sustentam a avaliação: em manuais existentes nos serviços não sujeitos a uma avaliação fidedigna; nos cuidados antecipatórios dos programas nacionais de saúde, que devem ser valorizados como fator de PrS e prevenção da doença e não só sobre doença; na consulta frequente do aplicativo SAPE e em “aide mémoire”; para colocar as questões, sendo este último utilizado na presença das pessoas, que pode ter efeito de insegurança;
 - Avaliam a família nas suas dimensões: estrutural, funcional e desenvolvimental, embora nem sempre façam o registo na dimensão respetiva;
 - Não avaliam os dados na perspetiva de saúde individual e coletiva (Ex: triagem dos resíduos); sendo que as famílias têm o dever de participar na vida da comunidade, como cidadãos;
 - Não avaliam os conhecimentos, aprendizagem e capacidades da família em várias áreas;
 - Não avaliam o conhecimento dos pais sobre socialização; desenvolvimento infantil, cognitivo, psicossexual e social; conhecimentos sobre a importância de regras estruturantes;
 - Detêm dados ausentes, que seriam importantes avaliar para o planeamento e intervenção na PrS;
 - Na avaliação dos grupos para planeamento de SEpS, fizeram uso dos IBE; utilizaram um questionário para avaliação da literacia em saúde; consultaram as matérias lecionadas no ensino básico; utilizaram o modelo de Roper et al. (1995);



Figura 13 - Exemplo da síntese do tema intervenção contextualizada no domínio da PrS centrada no estudante, segundo os professores e estudantes

- Executam cuidados de forma empírica sem fundamentação e orientação de um modelo teórico, conduzindo a uma prática rotineira dos cuidados;
 - Não avaliam os conhecimentos, aprendizagem e capacidades da família em várias áreas;
 - Não avaliam o conhecimento dos pais sobre socialização; desenvolvimento infantil, cognitivo, psicossocial e social; conhecimentos sobre a importância de regras estruturantes;
 - Detêm dados ausentes, que seriam importantes avaliar para o planeamento e intervenção na PrS;
 - Na avaliação dos grupos para planeamento de SEpS, fizeram uso dos IBE; utilizaram um questionário para avaliação da literacia em saúde; consultaram as matérias lecionadas no ensino básico; utilizaram o modelo de Roper et al. (1995);
 - Executam cuidados de forma empírica sem fundamentação e orientação de um modelo teórico, conduzindo a uma prática rotineira dos cuidados;
 - Fazem a avaliação das necessidades e dos hábitos no contexto microssistémico;
 - Na avaliação da família nem sempre especificam os indicadores essenciais à PrS;
-
- Os estudantes dos dois ciclos de estudo:
 - Na caracterização da população, recorrem a informantes-chave; fazem a caracterização ao nível sociodemográfico e a identificação dos recursos;
 - Fazem a identificação da cultura da comunidade, a nível do macrossistema;

No desenvolvimento curricular, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos e os estudantes atribuem os seguintes sentidos à aprendizagem da PrS no domínio DIAGNÓSTICO:

- Os professores e os estudantes:
 - Procuram responder às necessidades dos serviços, integrando-se nos seus projetos e diagnósticos já realizados;

- Os professores:
 - Realçam o diagnóstico da comunidade para resposta às necessidades da mesma;

▪ Os estudantes:

- Apresentam a síntese dos dados, que conduz à elaboração do diagnóstico, cujo foco de atenção é centrado na pessoa, compreendendo-se o raciocínio efetuado pelos estudantes;
- Apresentam diagnósticos, cujo foco de atenção é centrado na pessoa, mas a síntese dos dados apresentada, conduz a termos mais específicos para o foco da prática;
- Apresentam diagnósticos sem a síntese dos dados, com o eixo do foco e sem eixo do juízo;
- Apresentam fraca reflexão sobre a construção dos focos da prática e juízo;
- Apresentam diagnósticos: uns com quatro focos da prática; outros sem linguagem classificada da CIPE®; e outros que temos dificuldade em os situar na pessoa ou na função;
- No estudo da família não identificam qualquer diagnóstico familiar, apenas do indivíduo doente;
- No estudo da família identificam diagnósticos com foco na mesma, mas o termo enquadra-se no ambiente artificial;
- Nem sempre seguem a metodologia do PE, nem a metodologia do planeamento em saúde, sendo que o tema das SEpS nem sempre parte da avaliação das necessidades das pessoas, pelos estudantes, sendo sugeridos: pelos enfermeiros do serviço; por elementos da equipa multidisciplinar ou por parceiros da comunidade;
- Fazem o diagnóstico da realidade para as SEpS, segundo a metodologia de planeamento de ensino;
- Identificam os problemas e necessidades nos grupos, para planear intervenção no âmbito da EpS;
- Encaram o diagnóstico de saúde da comunidade direcionado para as SEpS;
- Mobilizam os dados das entrevistas para o diagnóstico de saúde de um grupo;

▪ Os estudantes do 2º Ciclo:

- Relevam o diagnóstico de saúde da comunidade, por avaliar o nível de saúde e as forças ou capacidades da comunidade, com finalidade de ganhos em saúde;

- Apresentam síntese dos dados, que contribuem para a formulação do diagnóstico da comunidade, com implicações para a PrS;
- Apresentam as necessidades sentidas pelos informantes-chave e as necessidades reais na e pela população;
- Apresentam diagnósticos com foco na função e na comunidade, embora os termos disponíveis na CIPE® estejam centrados no indivíduo e não na comunidade, mas que não devem oferecer confusão ao enfermeiro, se o foco é o coletivo e a comunidade o cliente.

No desenvolvimento curricular, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos e os estudantes atribuem os seguintes sentidos à aprendizagem da PrS: no domínio PLANEAMENTO:

- Os professores e os estudantes¹²
 - No planeamento das SEpS seguem as etapas da organização didática do processo de ensino-aprendizagem, desde as fases de aperfeiçoamento e preparação até à fase de desenvolvimento, retornando à fase de aperfeiçoamento;
 - Salientam que os conteúdos são melhor avaliados através da análise dos objetivos.
- Os professores:
 - Referem, que os objetivos são mensuráveis para avaliação dos conteúdos;
 - Salientam, que a EpS na comunidade surge da identificação das áreas prioritárias de intervenção;
 - Realçam a criação do ambiente na SEpS;
 - Focam a centralidade na pessoa em todo o processo de planeamento da sessão;
 - Relevam os meios da avaliação tendo por base a literacia da pessoa;
 - Salientam, que os estudantes não valorizam a literacia da pessoa;
 - Relevam, que a PrS é um processo com as comunidades, que exige tempo e envolvimento.

¹² Quando referimos apenas estudantes, queremos dizer que são os do 1º ciclo

- Os estudantes:
 - Salientam, que o tema das SEpS parte de uma necessidade sentida por eles e pelos enfermeiros, o que não facilita o empowerment, pois um dos atributos é, que o assunto seja sentido e manifestado pelas pessoas alvo dos cuidados;
 - Na fase de preparação, destacam os objetivos de aprendizagem no sentido da avaliação, de domínio cognitivo, psicomotor, centrando-se, no que as pessoas vão aprender, e não como irão aprender (Bevis, 2005b);
 - Na fase de preparação os estudantes elaboram a organização dos conteúdos centrados nas pessoas, considerando as particularidades do grupo alvo, salientando como importante a linguagem acessível para a assimilação do conhecimento pelas pessoas;
 - Planeiam o tempo para a sessão face ao grupo alvo;
 - Realçam a obtenção de conhecimentos pelos grupos no final da sessão, mas não se pode esperar resultados imediatos, porque capacitar é um processo progressivo e contínuo;
 - Apresentam o planeamento dos cuidados orientados para os diagnósticos;
 - Definem ações centradas na família, para um diagnóstico centrado no ambiente artificial;
 - Nem sempre apresentam o plano de cuidados; outros apresentam a meta, do que esperam alcançar, mas sem especificação de tempo; outros apresentam metas sem relação com o diagnóstico e com as ações;
 - Nem sempre apresentam o plano de cuidados com resultados esperados;
 - Apresentam termos, nas ações, insuficientes no âmbito da PrS:
 - “Instruir” - dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa;
 - “Ensinar - dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde;
 - “Educar” – dar a alguém conhecimentos sobre alguma coisa.
 - Nem sempre os termos designados nas ações têm linguagem classificada como o termo “incentivar”;
 - Centram a maioria das ações de enfermagem nas complicações da doença e sua prevenção.

No desenvolvimento curricular, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos, no domínio IMPLEMENTAÇÃO e os estudantes atribuem os seguintes sentidos à aprendizagem da PrS:

- Os professores:
 - Destacam as atividades de extensão à comunidade através de protocolos, cujas ESS desenvolvem PrS com a participação dos estudantes, favorecendo a sua cidadania.

- Os professores e os estudantes:
 - Salientam, que um elemento crítico é a organização do tempo para a consulta de enfermagem e implementação da PrS;
 - Manifestam uma intervenção mais orientada para o *standard*: de mudanças de comportamentos sem envolvimento dos parceiros e planos conjuntos;

- Os estudantes:
 - Realçam características ambientais e físicas: umas como fatores promotores do bem-estar físico e conforto das pessoas; salientam outras características relativas a informação, que as pessoas captam, com influência na PrS;
 - Salientam, que ocorrem situações no ambiente com relevo na privacidade das pessoas e com influência na dinâmica de interação;
 - Realçam, que os cuidados têm resposta adequada no contexto domiciliário, se a pessoa tiver recursos;
 - Salientam, que nem todas as pessoas têm disponibilidade para a aprendizagem;
 - Focam o ambiente na família no que concerne às relações estabelecidas entre si e a família, salientando a relação de confiança, estabelecida após intervenção;
 - Utilizam meios centrados na doença e nas complicações;
 - Desenvolvem intervenção comunitária orientada para a singularidade;
 - Relevam o trabalho em equipa;
 - Mostram dificuldade em conceber um trabalho em parceria com a comunidade,
 - Focam-se em grupos heterogéneos: com as mesmas estratégias e centralidade na doença.

- Os estudantes dos dois ciclos de estudo:

-Na prestação de serviços com a comunidade dão resposta a projetos na comunidade com o envolvimento dos parceiros;

Na avaliação curricular, os professores mobilizam os seguintes conhecimentos, no domínio AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS e os estudantes atribuem os seguintes sentidos à aprendizagem da PrS:

- Os estudantes:

- Avaliam os conhecimentos e as habilidades das pessoas;
- Centram a avaliação nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Centram a avaliação na culpabilização das pessoas, responsabilizando-as pelas ações que elas possam realizar;

- Os professores:

- Focam a avaliação como revisão dos progressos.

- Os professores e os estudantes:

- Veem a avaliação como a informação dada ao cliente, na aquisição do conhecimento e como a pessoa o utiliza;
- Veem a avaliação como o resultado da intervenção com as SEpS, centrada no que as pessoas expressaram acerca da sessão, e se responderam aos objetivos propostos.

IV Parte

**TEORIA EXPLICATIVA NA CONSTRUÇÃO DE
COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE COMO PROMOTOR
DE SAÚDE**

1-PARA UM CURRÍCULO DE ENFERMAGEM CENTRADO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE COMO PROMOTOR DE SAÚDE

No percurso da investigação identificámos como os professores mobilizam o conhecimento sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular na PrS, bem como os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS, procurando compreender, que aprendizagens teóricas no âmbito da PrS são desenvolvidas com os estudantes, e como são efetuadas as transições da teoria para a prática, nomeadamente, para o desenvolvimento de competências dos estudantes, na interação com as pessoas no processo de cuidados, nos diferentes contextos.

Propõe-se como diagrama inteligível (Figura 14) da teoria explicativa, organizado em torno dos temas emergentes da investigação, interpretados à luz de teorias de pequeno alcance e de modelos teóricos, nomeadamente, o modelo de Neuman (1995), o modelo de Pender (1996), a teoria das Transições de Meleis (2010), o modelo bioecológico de Bronfenbrenner & Morris (2006) e teoria salutogénica de PrS de Antonovsky (1996) que derivam dos modelos socio ecológicos (1979).

Toda a organização semântica da enfermagem colocada na teoria explicativa é mediada pela linguagem da teoria do currículo, mobilizando para o efeito Bevis & Watson (2005), Tavares (1996), Alarcão & Tavares (2007), Roldão (2003), Gaspar & Roldão (2007), Alonso, 2004; 2002).

Explicitamos no diagrama – “O desenvolvimento de competências do estudante como promotor de saúde – um esquema interpretativo”.

Em desenvolvimento encontra-se o estudante como promotor de saúde, sujeito ativo de um currículo com uma determinada conceção e desenvolvimento curricular e sujeito da avaliação da aprendizagem como resultado. A meta a atingir na

formação vai no sentido de ajudar os estudantes, não só a analisar e compreender os assuntos relacionados com a PrS, como a transformá-los, aplicá-los, desenvolvê-los e a (auto) desenvolver-se (Tavares, 1996), sendo que nas componentes da aprendizagem está integrada a envolvente ecológica nos seus diferentes níveis sistémicos (Tavares, 1996).

Situando-nos na conceção curricular, entendemos o currículo como um projeto, com todas as interações e transações, que ocorrem nos estudantes entre si e entre os estudantes e os professores com intenção de aprendizagem, em todos os momentos do processo formativo para uma aprendizagem educativa (Bevis & Watson, 2005).

Defendemos um currículo organizado por competências como constructo central na sua definição e organização (Alonso, 2004), num projeto curricular integrado, pois a competência enquanto saber transferível, exige a combinação e relação “dos conhecimentos declarativos, procedimentais, atitudinais e estratégicos” (p.7) “ em torno de situações, problemas, projetos ou experiências de aprendizagem, que convoquem o trabalho conjunto e articulado destes diferentes saberes” (p.8).

Para serem promotores de saúde e centrando a aprendizagem nos estudantes, estes desenvolvem competências nucleares, que lhes permitem ajudar as pessoas a adquirir e a desenvolver a literacia em saúde e participação social, bem como competências transversais em interseção com outras áreas do saber, para que na interação com as pessoas, nos diferentes settings de intervenção para a PrS, tenham uma atitude crítica e reflexiva, façam uso adequado da comunicação e transfiram saberes (Alonso, 2004). De salientar as estratégias pedagógicas cognitivas e metacognitivas, para que os estudantes selecionem e tomem decisões conscientes e intencionais no desenvolvimento das atividades da situação educativa, em que se produz a ação.

Ao conceber-se o currículo orientado para as competências do “saber, saber fazer e saber agir em situação” Roldão (2003, p.28) os estudantes adquirem saberes no âmbito da PrS na capacitação de cidadãos para a consciência crítica e capacidades em saúde, envolvendo-os no processo de cuidados, na tomada de decisão em saúde e melhor qualidade de vida e bem-estar (para quê). Os conhecimentos

apropriados pelo estudante, que é o aprendente, são orientados pela ação do professor, que tem um papel determinante, de fazer com que os estudantes aprendam. Em todo o processo de desenvolvimento curricular assume-se a centralidade no estudante, tendo este que investir para aprender, cabendo aos professores estruturar a prática, com diferentes formas de abordar a matéria, para que ocorra aprendizagem e equidade na oportunidade e condições para aprender. Deste modo o currículo transpõe-se do domínio conceitual para o da aplicabilidade, sustentando o desenvolvimento curricular (Gaspar & Roldão, 2007).

As competências em enfermagem facultam a experiência, em que pode ser expandida a arte da enfermagem, mas há diferenças entre o “saber como” (competências), que requer mais habilidade que compreensão, pois não tem conteúdo cognitivo de grande abrangência; e o “saber coisas”, que requer conhecimentos, que vão permitir ter raciocínio sobre outros campos, outras experiências e coisas, sendo que “saber como” são avaliados no paradigma behaviorista, pois relacionam-se com os tipos de aprendizagem por item, diretiva e racional e o “saber coisas” relaciona-se com os tipos de aprendizagem referente ao contexto, sintática e investigativa (Bevis;2005f). Neste sentido o currículo para a PrS apresenta-se estar orientado para o “saber como” e para o “saber coisas”, pois a orientação salutogénica acompanha a orientação patogénica não a omitindo nem a substituindo.

Como orientação na conceção e desenvolvimento curricular para a PrS, torna-se importante passar de uma educação transmissiva, com as pessoas em situação de cuidados, para uma prática libertadora (Freire,1973;1979;1987), pois esta coloca a ênfase no diálogo como atividade cooperativa, que envolve pessoas, numa relação simultânea de educador e educando, funcionando o diálogo como método. Este processo dialogante é importante, e pode ser visto como um reforço da comunidade, para construir o capital social, que a leva a agir na justiça e prosperidade humana.

A consciencialização é um processo baseado na relação consciência-mundo, que consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, fazendo uso da criatividade, favorecendo o pensar reflexivo e a intervenção sobre a realidade, numa perspetiva transformadora.

Na dimensão instituinte do currículo defendemos a sua operacionalização em atividades de extensão à comunidade, em função da formação dos estudantes e das exigências atuais da comunidade, no sentido da cidadania, ajudando e empoderando as pessoas a promover a sua saúde, bem como para o desenvolvimento de justiça social, para as quais são, devidamente, preparados, a fim de serem desenvolvidas as competências, que se pretendem, que os estudantes adquiram no final do curso (Tavares, 2003), no âmbito da PrS.

Neste processo de desenvolvimento do estudante como promotor de saúde e conjugando os elementos multidirecionais e inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, que se constituem como promotores de desenvolvimento, a ênfase é colocada nas características biopsicológicas do estudante e nos processos proximais de interação entre o estudante e o ambiente (Bronfenbrenner & Morris 2006), conduzindo ao resultado de desenvolvimento: as competências em PrS. As interações entre os estudantes são função do ambiente, do processo, da relação e das características dos estudantes em desenvolvimento inseridos em diferentes contextos, desde o micro ao macrossistémico. Estes contextos possuem aspetos físicos, sociais e valorativos, que exercem influência nos estudantes ao longo do curso – “tempo” - nas suas transições ecológicas (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

O estudante interage com o currículo através dos professores e estas transações têm um papel fundamental no desenvolvimento do mesmo, pelos elementos construtores: atividades, papéis e relações interpessoais (Bronfenbrenner & Morris 2006). No desenvolvimento curricular a quantidade e a diversidade de atividades que o estudante desenvolve, facilitam o seu desenvolvimento, sendo de considerar a complexidade e o significado das atividades molares num processo contínuo, e quando o estudante se envolve, verdadeiramente nelas, constituem mecanismos internos e manifestações externas de crescimento psicológico, no que é percebido, pensado ou adquirido como conhecimento (Bronfenbrenner, 2002) da PrS.

As atividades conjuntas como estudos de caso, aprendizagem baseada em problemas, prática reflexiva, pequenos grupos de projeto, escrever um diário favorecem o aumento da participação dos estudantes, e facilitam a aprendizagem, que são controladas pelo professor, ou pelo enfermeiro, que funciona como diáde

de ligação, num equilíbrio de poder que se vai alterando, gradualmente, a favor do estudante, que se encontra em desenvolvimento, quando este começa a controlar a situação, por aquisição de autonomia. Este processo de socialização favorece o seu desenvolvimento, tendo sempre presente as conexões entre as pessoas presentes no ambiente ecológico e a natureza dos vínculos (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Na situação de desenvolvimento do estudante ao longo do curso ocorre um processo de transição desenvolvimental, que implica mudança e adaptação atendendo os professores ao cuidado transicional face ao estágio de desenvolvimento e de maturidade dos estudantes, providenciando as intervenções necessárias, para os ajudar neste processo de mudança, para um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2010), expondo os estudantes a situações de aprendizagem em laboratório ou em contextos da prática, em interação com o ambiente (Meleis, 2010; Kralik et al.,2006).

A transição desenvolvimental requer do próprio estudante, capacidades para incorporar novos conhecimentos e para alterar comportamentos (Meleis, 2010), pois ele experiencia mudanças profundas, no ambiente que o rodeia, e no modo como as compreende com repercussões importantes na vida pessoal e para a profissão, requerendo também, que o estudante seja gestor e auto-responsável na sua própria formação e detentor de conhecimentos e habilidades nos cuidados com as pessoas na PrS. Para facilitar a transição desenvolvimental, os professores interagem com os estudantes, compreendendo o significado da situação e as mudanças nos diferentes anos do curso, bem como a sua maturidade que pode ir de sedutor a criador, dependendo dos tipos de aprendizagem educativa, das interações educativas entre os professores e os estudantes e entre os enfermeiros e os estudantes e dos episódios de aprendizagem educativa (Bevis, 2005b). Para que isto ocorra, e para que os estudantes sejam promotores de saúde, é importante, que os professores pensem, e reflitam num paradigma de aprendizagem educativo-humanístico (Bevis, 2005b), no âmbito da PrS, reestruturando o foco da aprendizagem com reconceptualização de ideias, conteúdos e desenvolvimento curricular (Bevis;Watson, 2005), bem como utilizar estratégias como perito em

aprendizagem e conteúdo (Bevis, 2005d) e recurso a metodologias de abordagem, que se enquadrem nas tipologias de aprendizagem: contextual, sintática e investigativa (Bevis, 2005b).

Como contributo para a aprendizagem em PrS e sustentar a prática de cuidados, o Modelo de Sistemas de Neuman (1995) apresenta uma perspetiva sistémica, multidimensional e holística do ser humano, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. As linhas de resistência agem como protetoras da estrutura básica, sendo ativadas, quando a linha de defesa normal é invadida pelos stressores ambientais - intra, inter ou extrapessoais. As intervenções de enfermagem na PrS vão no sentido do equilíbrio da pessoa, reforçando a linha flexível de defesa, aproximando-se da linha normal de defesa, protegendo-a. Quanto maior a distância entre ambas, maior a proteção para o sistema.

No encontro entre pessoa e estudante no processo de cuidados, este capacita as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, sendo que as intervenções, segundo a CIPE® (2003) passam por instruir, educar, aconselhar, dar poder, promover. Para além destes objetivos desenvolve atributos de empowerment num processo contínuo e numa relação de confiança, através de: comunicação, escuta, negociação, partilha de poder, capacitação, dar oportunidade de participação nos processos de decisão, desenvolvendo consciência da mudança de situação e mobilização de recursos (Hermansson & Martensson, 2010; McCarthy & Freeman, 2008; Virtanen, et al., 2007; Williamson, 2007) e ainda empatia, estabelecimento mútuo de objetivos, cooperação, colaboração, organização, legitimidade, vencer barreiras organizacionais (Gibson, 1991), dando a oportunidade à pessoa de refletir sobre os seus próprios sentimentos e experiências e a lidar melhor com a vida quotidiana.

Reportando-nos à enfermagem no paradigma da transformação (Kérouac et al., 1994) reconhecem às pessoas as capacidades e habilidades para serem agentes e parceiros nos cuidados, mantendo o bem-estar tal como a pessoa o define e "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo e segundo o caminho, que ela própria escolher, num processo co construído, que seja

promotor de saúde, não se impondo a ela, o que requer tempo, pelas características das pessoas e dos contextos em que ocorrem, mas em que as pessoas serão co produtoras de saúde a partir da consciência da situação.

Centrando-nos nos princípios chave da PrS: concepção holística, intersectorialidade, empowerment, participação social, equidade, ações multi-estratégias e sustentabilidade (WHO, 1998) e vendo a pessoa como o núcleo do sistema e como um ser multidimensional com variáveis interrelacionadas e tendo uma concepção positiva de saúde, é possível enquadrar nas intervenções de enfermagem a teoria salutogénica ou da PrS de Antonovsky (1991, 1993, 1996), que considera, que a orientação salutogénica acompanha a orientação patogénica não a substituindo. Esta teoria considera a pessoa saudável, como aquela que consegue desenvolver o “sentido de coerência” ao longo da vida, tendo como objetivo a potenciação dos fatores salutogénicos. O sentido de coerência tem como componentes: capacidade de compreensão - componente instrumental/comportamental; capacidade de gestão e capacidade de investimento. Os indivíduos e as comunidades são munidos de um conjunto de “recursos gerais de resistência” e capazes de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte.

Seguindo a orientação do modelo de Pender (1996) para sustentar a prática, este apoia-se em várias teorias e modelos de mudança comportamental e no modelo da motivação humana, para a intencionalidade, que é decisiva na análise dos comportamentos voluntários dirigidos às metas planeadas. Baseia-se também na teoria de aprendizagem social, que postula a importância dos processos cognitivos e percetivos na modificação da conduta, (atenção, retenção, reprodução e motivação) sendo esta uma função das atitudes pessoais e das normas sociais. O conceito de autoeficácia percebida é dos mais importantes, porque representa o compromisso da pessoa, para organizar e executar um comportamento. A autoeficácia percebida influencia as barreiras percebidas à ação e por conseguinte a mudança comportamental do sistema.

Este modelo é organizado em dez categorias de determinantes de comportamentos de PrS, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências

individuais, as cognições e afetos (sentimentos, emoções e crenças) que levam a pessoa a participar para o resultado comportamental, numa conceção mais negativa da saúde e orientado por um paradigma mais comportamental e tradicional de EpS. Os diversos componentes relacionam-se entre si e influenciam a adoção de compromisso de um plano de ação, para o resultado desejado. As intervenções de enfermagem vão no sentido das mudanças sociais, ambientais e modificação do comportamento individual, podendo enquadrar os modelos de EpS da teoria sócio psicológica como o modelo de crenças em saúde (Rosenstock, 2008) ou da teoria sócio cognitiva ou de aprendizagem social (Bandura, 1977).

O estudante é sujeito da avaliação da aprendizagem, sendo que esta engloba a avaliação do processo e a avaliação dos resultados e constitui o mecanismo de regulação de todo o trabalho desenvolvido (Roldão, 2003; Gaspar & Roldão, 2007). A função reguladora e a função certificativa são dimensões de um mesmo processo avaliativo e por isso são articuladas entre si.

Avaliar competências consiste em trabalhar com os estudantes, para que desenvolvam as suas competências sobre os saberes e os saberes fazer e desenvolvam as suas capacidades para compreender e agir, através da definição de indicadores e a pensar os “porquês e para quês” de cada atividade (Roldão, 2003). Avaliar competências consiste em clarificar os objetivos, em função das competências que se pretendem, em que o professor propõe tarefas exigentes e amplia o conhecimento, no sentido de levar o estudante a pensar, a compreender e a agir (Roldão, 2003).

Contamos aqui com os contributos de Barreira et al., (2006) e de Marinho et al., (2014), que referem que a avaliação formativa, num paradigma de avaliação para a aprendizagem e numa visão como metodologia de ensino, antevê um apoio diário ao estudante numa base de constante feedback, fortalecendo as suas aprendizagens. Este tipo de avaliação incide, diretamente, no processo de ensino-aprendizagem, mais no sentido de melhorar as aprendizagens dos estudantes do que, as classificar (Marinho et al., 2014), afastando-se da avaliação formativa behaviorista, que tem dominado a pedagogia por objetivos.

A regulação contínua do processo educativo exige critérios de avaliação conhecidos e assimilados pelos estudantes e estes critérios como metodologia de tipo formativo, na avaliação para a aprendizagem constituem-se num verdadeiro guião a aplicar de forma diária e constante (Barreira et al.,2006).

Realçamos como conceitos centrais na base de interpretação do fenómeno em estudo: saúde, pessoa-estudante, enfermagem-PrS e o ambiente.

A saúde vê a pessoa como um ser multidimensional e holística inserida no seu contexto, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida em direção ao bem-estar, em que a pessoa vai gerindo as potencialidades e capacidades do seu próprio projeto de vida, e vai-se adaptando, respondendo, positivamente, às exigências do meio e aos processos transicionais do ciclo vital, na manutenção de um equilíbrio dinâmico.

Enquadrando este conceito no estudante que é o centro da aprendizagem e no seu processo de transição desenvolvimental, a saúde é resultado da capacitação e empowerment por parte dos professores e dos enfermeiros. Consideramos a integração entre os conceitos de saúde e pessoa na qual o estudante possa ser um cidadão interventivo, auto responsável, com maturidade e com capacidades e num nível mais elevado possa desenvolver o exercício de cidadania, e cuidar na PrS com as pessoas, para que tomem a decisão mais adequada no processo saúde-doença, tendo como objetivo final o bem-estar e a qualidade de vida.

A pessoa como ser multidimensional e indissociável e como sistema aberto e dinâmico, mobiliza energia, no sentido do bem-estar e estabilidade do seu sistema. O estudante enquanto pessoa engloba a unidade "ser humano – ambiente", pois tem características próprias, que podem influenciar, positivamente ou negativamente, a transição desenvolvimental e os processos proximais, que são: a curiosidade, a iniciativa e a responsividade ou a impulsividade, a distração, a apatia, a insegurança e a timidez, que geram reações diferentes, nos ambientes e nas pessoas, que o rodeiam. Tais características por si só não determinam o progredir do desenvolvimento, pois os seus efeitos dependem de todo o funcionamento do sistema ecológico. Para além destas características são de considerar as disposições ativas de desenvolvimento, que modelam a responsividade da pessoa

em relação ao ambiente: a responsividade seletiva, com diferentes respostas, atrações e explorações de aspetos do ambiente físico e social; as propensões estruturantes com a capacidade de se envolver, e insistir em atividades de progressiva complexidade, e as crenças que o estudante tem sobre si como um agente ativo na relação consigo mesmo e com o ambiente.

O ambiente é constituído por todos os espaços de formação, influenciáveis e com influência no desenvolvimento e aprendizagem do estudante, desde o microsistema, ao macrosistema. Cada transição ao longo do curso e em diferentes contextos ecológicos tem implicações no desenvolvimento do estudante na mudança de papel, pelo seu envolvimento em novas atividades e relações recíprocas com outras pessoas.

Os professores e os enfermeiros assumem-se como advogados do estudante, acompanhando-o no seu projeto de vida, posicionando-se ao seu lado, facilitando processos de aprendizagem, (processos proximais), mobilizando e integrando estratégias pedagógicas, que promovem o pensamento crítico e reflexivo, o raciocínio clínico para a tomada de decisão, as habilidades de resolução de problemas, da comunicação assertiva e desenvolvimento de competências como promotor de saúde.

Nesta continuidade o estudante encontra-se num processo de transição desenvolvimental (de estudante a profissional) e num processo transicional do ciclo vital (de adolescente a adulto). É gestor e autoresponsável pelo seu processo formativo, que procura as metodologias e estratégias, que facilitam o trabalho autónomo no sentido de reestruturação eficaz para a obtenção do sucesso. O estudante no seu processo autoformativo aprende, e desenvolve-se no contexto escola e em diferentes contextos de cuidados num processo inter-relacional entre os professores e os enfermeiros, ganhando significado.

A enfermagem como profissão de utilidade social detém um corpo de conhecimentos relacionados com a PrS e empowerment, entre outros, que favorece ao estudante, competências para cuidar das pessoas nas suas múltiplas

dimensões, é “estar com” as pessoas no seu processo de saúde-doença e acompanhá-las no seu projeto de vida, na busca do bem-estar e qualidade de vida, valorizando as suas capacidades, num projeto partilhado e co construído num trabalho de parceria.

A PrS é um processo entre o estudante (futuro enfermeiro) e pessoa cuidada (indivíduo, família, grupos e comunidade) através do empowerment, numa perspetiva holística para a literacia em saúde, para a equidade, bem-estar, qualidade de vida e autonomia, para que ajam em liberdade¹³ e em consciência na tomada de decisão em saúde, com participação no controle deste processo, que é co construído com a pessoa, partindo do estabelecimento mútuo de objetivos. Valoriza-se neste processo a relação interpessoal e escuta ativa, para otimizar a relação de confiança e a negociação. Não sendo apenas da responsabilidade do setor da saúde, os enfermeiros e os parceiros sociais, com foco na saúde das comunidades elaboram em conjunto programas e estratégias adaptadas às suas necessidades. A PrS mobiliza os princípios chave: intersetorialidade, sustentabilidade e combinação de estratégias na sua abordagem, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, legislação, advocacia e a mediação sendo a EpS uma das principais estratégias para promover a saúde. A PrS é o primeiro *Standard* do Modelo da Prática Profissional da Enfermagem na Comunidade (CHNC,2011).

Passamos a refletir as relações entre os conceitos aprendizagem da PrS centrada no estudante e intervenção contextualizada no domínio da PrS e as dimensões, explicitando pressupostos e proposições, que fundamentam o desenvolvimento de competências em PrS pelo estudante.

Na aprendizagem da PrS centrada nos estudantes, os professores são construtores deste processo, mas com fraco envolvimento do estudante na conceção curricular.

¹³ Liberdade - condição do ser que pode agir consoante as leis da sua natureza in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consult. 2016-09-12 09:26:16]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/liberdade>

Detêm um corpo de conhecimentos relacionados com a PrS para a construção de saberes com os estudantes, embora com dificuldade em relacionar entre si os conceitos de Saúde, PrS e empowerment e em diferenciar PrS e EpS, impossibilitando a apropriação da PrS pelos estudantes para a interação com as pessoas em situação de cuidados, encarando-a como mudança comportamental e medidas de prevenção, numa postura de orientação para a doença e fazer pela pessoa, com transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva, esperando alcançar um comportamento ditado, pelo que foi aprendido ou com orientação para a pessoa, fazendo para a pessoa, na obtenção de comportamentos saudáveis em que a informação é um elo de processo.

Nos contextos da prática de cuidados os estudantes não têm a imagem do enfermeiro como promotor de saúde, pela dimensão tempo nas consultas de enfermagem, pela dificuldade daqueles em partilhar o poder e tornar o conhecimento acessível e claro ao outro, por não envolvimento da pessoa no processo de cuidados, por não ser uma prática diária, por fraca valorização destas intervenções ou por ausência das mesmas, dificultando a negociação, a consciencialização, a escuta, entre outros, no processo de cuidados como atributos para o empowerment e corresponsabilização das pessoas nos cuidados. Estes são ténues ou omissos nas falas dos estudantes, embora valorizados pelos professores, que consideram existir um fosso do ideológico para a operacionalização da PrS.

A perspetiva behaviorista demarca-se nas conceções dos estudantes acerca do enfermeiro como promotor de saúde, vendo-o como aquele, que dá informação, que usa a persistência e o poder e modos de expressões verbais culpabilizadoras das pessoas, para a obtenção de conhecimentos por parte das mesmas e mudança de comportamentos. Estas não são as conceções dos professores, que valorizam as características do promotor de saúde, mas podem ser um reflexo das crenças dos estudantes, da sua conceção errónea do conceito de PrS e imagem construída na prática de cuidados ou das metodologias utilizadas pelos professores na abordagem dos conteúdos, que na sua maioria são centradas na transmissão de conhecimentos, bem como no modo como o conhecimento chegou ao estudante, e dos conteúdos abordados como sendo conteúdos específicos de PrS, centrados

nos fatores de risco e nas suas complicações, o que vai ao encontro do modelo comportamentalista de Pender (1996), o que se traduz em dificuldades dos estudantes na organização da abordagem da pessoa na avaliação inicial e subsequentes etapas do PE.

Os conteúdos de PrS abordados são na maioria desconhecidos pelos professores, que dão exemplos de conteúdos de PrS mais centrados na dimensão da prática, do que na dimensão teórica, numa ideologia comportamentalista, ficando ao critério dos professores a sua abordagem. Contudo, os professores sugerem conteúdos a incluir no 1º Ciclo. Os estudantes manifestam não estar satisfeitos com as formas de abordagens centradas na transmissão do conhecimento, o que tem reflexos na dimensão prática.

As orientações nacionais e internacionais que têm como foco a PrS com implicações para a enfermagem, quer na construção do conhecimento, quer na prática de cuidados, são valorizadas pelos professores com destaque para o PNS, Carta de Ottawa e Declaração de Alma-Ata, mas encontramos ausências na voz dos estudantes sobre o seu conteúdo e importância para a PrS.

No processo de aprendizagem os professores apesar de valorizarem a interação e o diálogo com os estudantes, e de parecer emergir por parte dos mesmos, um movimento para as tipologias de aprendizagem sintáctica e investigativa, na sua maioria ainda se colocam numa tipologia de aprendizagem diretiva com recurso ao uso do poder e preocupação com o treino. São mobilizadas algumas estratégias educativas, favorecendo aos estudantes o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais; sendo mais utilizada a nível do 2º Ciclo, a PBE visando os processos de construção pessoal, para a mobilização das competências no processo de cuidados com as pessoas, na tipologia de aprendizagem investigativa.

Os estudantes valorizam as interações professor-estudante assentes no diálogo, como fundamentais para a aprendizagem, salientando o ganho da confiança na relação e na resolução de problemas, mas emerge a referência ao uso da diretividade por parte do professor, relativamente, aos estágios numa aprendizagem por item, bem como na avaliação.

Apesar dos enfermeiros serem valorizados pelos professores e estudantes na supervisão clínica, há divergências nas opiniões quanto ao seu desempenho, como barreiras ao desenvolvimento da PrS no ensino clínico, ligadas à co construção do conhecimento nesta área; devido a não terem conhecimentos do que é enfermagem num paradigma de transformação e mais humanístico; fraca autorreflexão do que é a enfermagem, e barreiras ligadas à organização dos cuidados; postura diferente na presença e na ausência do professor e características relacionais e comunicacionais que limitam a aprendizagem, e a intervenção contextualizada no âmbito da PrS pelos estudantes.

Na avaliação da aprendizagem os professores dão espaço à autorreflexão do estudante e regulam o processo de desenvolvimento curricular e de apropriação de conceitos e conteúdo, mas existem assimetrias, no modo como conduzem o processo, pois na avaliação formativa, avaliam o progresso dos estudantes e introduzem alguns ajustes com vista ao seu aperfeiçoamento, mas parece ainda existir centralidade na identificação do correto e menos correto e do estudante destacar os aspetos mais negativos do percurso. A regulação é feita com base em critérios de competências definidos para o estágio, com a presença do professor, enfermeiro e estudante. Os professores valorizam os momentos de avaliação das SEpS como importantes ao desenvolvimento da aprendizagem pelos estudantes. No ensino teórico, os professores têm dificuldade em avaliar, pela inexistência de critérios definidos ao longo do currículo, e pelos poucos momentos em que ocorre PrS.

Predomina ainda a avaliação sumativa na atribuição de uma classificação “nota” numa perspetiva de avaliação centrada nos resultados e nos aspetos comportamentalistas, orientada para o controlo.

Na avaliação diagnóstica releva-se a abordagem da pessoa enquanto ser único, indissociável e com múltiplas dimensões, inserida no seu contexto, o que é consentâneo com o paradigma salutogénico da PrS, sendo que os estudantes valorizam a centralidade da pessoa no processo de cuidados, desenvolvendo algumas atitudes de interação como a escuta para uma relação de confiança, que se constituem como significativas para o empowerment e capacitação das pessoas.

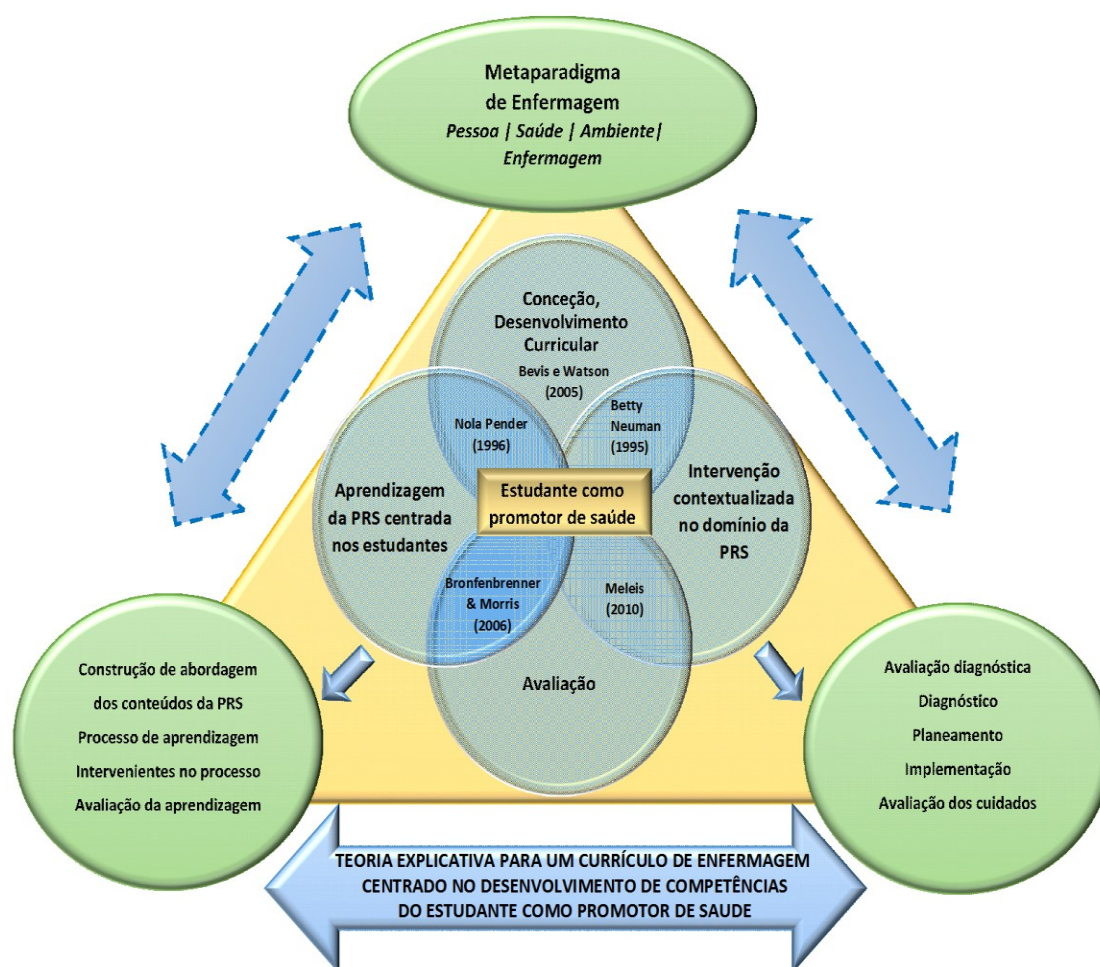


Figura 14- O desenvolvimento de competências do estudante como promotor de saúde – um esquema interpretativo

Contudo, nem sempre o foco de atenção é a pessoa, não avaliando os seus conhecimentos, habilidades e capacidades, o que vai dificultar a elaboração de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções no âmbito da PrS, bem como efetuar a avaliação.

As principais dificuldades dos estudantes centram-se nas questões a colocar às pessoas, procurando orientação sobretudo no aplicativo informático. Na avaliação da dimensão desenvolvimental da família há dificuldades em avaliar o papel parental e o conhecimento dos pais sobre socialização, desenvolvimento infantil e

importância de regras estruturantes. A ausência de dados tem implicações na definição de diagnósticos e planeamento dos cuidados para intervenção na PrS. Embora existam dados ausentes, há preocupação dos estudantes em colher o máximo de dados, mas fraca reflexão sobre a construção dos focos da prática e eixo do juízo.

Outros são formulados tendo como foco a função e nem sempre estão em acordo com a linguagem classificada da CIPE®. A não mobilização de um modelo teórico de enfermagem, como norteador da prática, dificulta toda a organização do cuidado de enfermagem e na tomada de decisão do estudante na PrS. No diagnóstico de saúde, os estudantes de 1º Ciclo, ao contrário dos de 2º Ciclo, colocam mais ênfase nos problemas das pessoas do que nos seus conhecimentos e nas suas capacidades. Têm dificuldade em perceber o envolvimento social e político e a participação ativa, que têm as instituições sociais na vida e na saúde das pessoas bem como o seu papel como parceiros para a prática centrada na comunidade, pela inexistência de conteúdos neste âmbito.

PROPOSTA DE LINHAS ORIENTADORAS

Considerando os desafios da Saúde e PrS para o século XXI, as intervenções neste âmbito não só estão voltadas para o fortalecimento das competências pessoais, mas também são desenvolvidas no sentido da equidade em saúde, vendo a saúde como um direito humano e prioridade política (WHO, 2013). Considerando também o paradigma da transformação numa abertura da enfermagem ao mundo em direção ao bem-estar, tal como a pessoa o define, e em que intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo e segundo as suas decisões e em que os enfermeiros e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados, os estudantes e os enfermeiros necessitam de ser capacitados, para saber organizar, e implementar o cuidado de enfermagem na PrS, para a individualização dos cuidados e para o empowerment, para a gestão e tomada de decisão das pessoas na sua saúde, tendo os professores um papel fulcral neste âmbito.

As linhas orientadoras que aqui circunscrevemos, visam, essencialmente, propôr alterações e adequações ao processo de ensino/aprendizagem.

Considerando que a PrS precisa de estar incluída na formação do enfermeiro em programas de enfermagem, numa perspetiva salutogénica (McIlpatrick, 2004; Whitehead, 2003); que os estudantes de Enfermagem e os enfermeiros necessitam de ter formação na área da PrS para assumir um papel de destaque, para serem promotores de saúde no século XXI e responder às exigências políticas e sociais deste mesmo século (McMurray, 2007), propomos-nos:

- Sugerir à Direção, Conselho Técnico-Científico e Conselho Pedagógico das Escolas a inclusão da PrS como UC no Plano de Estudos, com diversas tipologias de ensino, numa abordagem centrada num paradigma de aprendizagem educativo-humanístico do cuidar e num paradigma de abordagem construtivista de empowerment das pessoas (Poskiparta, et al., 2001; Whitehead, 2009; Figueiredo & Amendoeira, 2014b), que possibilite

reestruturar o foco da aprendizagem na PrS, com episódios de aprendizagem educativa com repercussões positivas nas posições emancipatórias dos estudantes e apropriação de conteúdos, neste âmbito, pelos mesmos;

- Recomendar uma abordagem centrada num paradigma sistémico e ecológico, com mobilização do modelo de enfermagem de Neuman e de um modelo das teorias socioecológicas da PrS.
- Desenvolver espaços de reflexão sob a forma de um seminário anual, com os professores, nas Escolas, para clarificação de conceitos de PrS e EpS e *workshops* para discussão de estudos de caso com destaque para a síntese dos dados, que permitam a inteligibilidade dos processos de tomada de decisão na formulação dos diagnósticos; identificação dos focos de atenção utilizados na avaliação diagnóstica e nos enunciados dos diagnósticos; identificação das intervenções na PrS e avaliação das intervenções.
- Proporcionar um espaço de reflexão sob a forma de um seminário anual e *workshops* com os enfermeiros, nos contextos de cuidados, sobre Saúde, PrS e EpS, importância da mobilização de um modelo teórico nos cuidados de enfermagem e discussão de estudos de caso com destaque para a síntese dos dados que permitam a inteligibilidade dos processos de tomada de decisão na formulação dos diagnósticos; identificação dos focos de atenção utilizados na avaliação diagnóstica e nos enunciados dos diagnósticos; identificação das intervenções na PrS e avaliação das intervenções.
- Sensibilizar a Direção das Escolas para um acompanhamento mais próximo por parte dos professores junto dos estudantes em contexto de estágio nos dois primeiros anos do curso;
- Sensibilizar a Direção das Escolas para criação de cursos de curta duração de formação aos enfermeiros, sobre PrS e supervisão clínica, para uma adequada orientação dos estudantes no processo de cuidados em contexto de ensino clínico;

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

No percurso investigativo procurámos o significado da PrS no currículo de enfermagem, identificado através da mobilização do conhecimento dos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular e dos sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS, em dois ciclos de estudos e em diferentes contextos de estágio, de duas ESS.

Utilizámos a pesquisa documental, a observação participante e entrevistas semiestruturadas, procurando relações e comparações entre os dados, como se preconiza num estudo de caso misto (Yin, 2010; Stake, 2012), recorrendo à triangulação de técnicas, métodos e dados (Igea et al., 1995; Yin, 2010; Stake, 2012).

Apresentamos as principais conclusões deste estudo, visando o culminar deste relatório. Adotámos a lógica sequencial das questões de investigação formuladas, de acordo com os temas, domínios e categorias que lhes são correspondentes – aprendizagem da PrS centrada nos estudantes e intervenção contextualizada no domínio da PrS – com base na matriz que sustentou a análise interpretativa e o desenvolvimento do processo de teorização.

Concluímos este capítulo com as implicações da investigação desenvolvida, no âmbito da prática de cuidados, da gestão, da formação, da investigação e de âmbito político.

Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular?

Tema: Aprendizagem da PrS centrada nos estudantes

A mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular é efetuada com os estudantes nos diferentes espaços formativos, com valorização do diálogo entre os mesmos, no contexto escola e entre os professores-estudantes-enfermeiros, nos contextos de cuidados, onde ocorre o ensino clínico. Identificámos os seguintes domínios:

- Na concepção curricular, a **Construção de abordagem dos conteúdos da PrS** - passa pela mobilização do conhecimento em conceitos relacionados com a PrS. Para além do conceito de saúde da WHO, existe uma valorização por parte dos professores, como equilíbrio dinâmico, entre os ambientes interno e externo do ser humano; como multidimensional e como um recurso face ao projeto de vida de cada pessoa, numa perspetiva positiva, permitindo aos estudantes na avaliação diagnóstica uma abordagem holística e individualizada das pessoas, com uma orientação transicional, no seu contexto micro e macro e para intervenção contextualizada na PrS, num paradigma salutogénico.
- A PrS é entendida pelos professores como um processo e participação das pessoas no seu processo saúde/doença, preconizando a centralidade do cidadão nos cuidados na PrS, em que as pessoas são autores e atores da sua própria saúde, contudo, nem todos os estudantes valorizam a pessoa no processo de cuidados, não partilhando o poder, ao usar o modelo informativo.
- Professores e estudantes associam PrS à mudança de comportamento e à prevenção das doenças, sendo esta concepção que prevalece no processo de cuidados pelos estudantes, o que não favorece o desenvolvimento da PrS.
- O conceito de literacia é valorizado pelos professores, como a capacidade das pessoas na obtenção e compreensão das informações, sendo este conhecimento insuficiente para mobilizarem com os estudantes, por não focarem o uso, que a pessoa faz da mesma, na promoção da sua saúde, nem nas suas competências cognitivas e sociais, para que adquiram uma cultura de cidadania.
- Os estudantes do 2º Ciclo consideram o empowerment junto das pessoas e comunidade para a participação no seu projeto de saúde e responsabilização informada, como reforço à ação comunitária e à construção de uma comunidade ativa e capacitada numa abordagem intersetorial.
- Acerca do conceito de prevenção os professores têm dificuldade em mobilizar conhecimentos sobre o mesmo, ao articulá-lo com cuidados antecipatórios, pois estes são promotores de um desenvolvimento adequado estando relacionados com a PrS, que visa aumentar a saúde e o bem-estar geral, aumentando as capacidades das pessoas e dos grupos para lidar de forma positiva com os determinantes de saúde. Se são antecipatórios, relativamente, a complicações de doença, estão

relacionados com a prevenção, que visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou o controlo da transmissão de doenças infecciosas e redução do risco de doenças degenerativas ou outras específicas.

- Sobre os conhecimentos, atitudes e características pessoais que o enfermeiro como promotor de saúde necessita de possuir, surge a necessidade manifestada pelos professores e estudantes do 2º Ciclo, de competências de comunicação e de relações interpessoais como promotoras de desenvolvimento da pessoa no processo de empowerment; ser um facilitador e agente de mudança na comunidade e agir com advocacia.

- Sobre o lugar e a posição da PrS no currículo, sobressai a necessidade por parte dos professores, de uma UC transversal ou não, com aulas práticas para simulação, que permitam aos estudantes experienciar a representação, agregando a reflexão com a ação, partindo do questionamento sobre a realidade e para aquisição de competências relacionais e comunicacionais e por outro lado responder ao solicitado pela Declaração de Munich (WHO,2000a). Salientam dever ser dirigida por um professor, que faça a transversalidade ao longo do curso, para que a PrS passe do plano ideológico para o plano real da enfermagem.

- Sobre os conteúdos abordados no 1º Ciclo os professores referem desconhecerem, ou dizem, que a PrS está invisível no currículo, ficando ao critério de cada professor a sua abordagem; outros salientam, que a abordagem de PrS é feita no início do curso com conteúdos centrados numa orientação de cuidados comportamentalista e num paradigma patogénico.

- Sobre os conteúdos abordados no 2º Ciclo os professores salientam conteúdos centrados numa orientação de cuidados, transformadora de PrS.

- As estratégias mobilizadas pelos professores, referidas pelos estudantes dos dois ciclos de estudos, seguem um paradigma tradicional de transmissão dos saberes teóricos, e são escassas as metodologias ativas, dificultando a reflexão na ação pelos estudantes.

Processo de aprendizagem - de uma forma prescritiva o uso do poder é mobilizado pelos professores e sentido pelos estudantes, que associado à preocupação dos professores com o treino, os coloca num paradigma tradicional.

- O uso do poder conduz a uma aprendizagem adaptativa pelos estudantes, dificultando as interações entre estes e os professores.
- A reflexão através da PBE como estratégia educativa utilizada pelos professores no 2º Ciclo é assistemática, invalidando o desenvolvimento do estudante na sistematização do saber e da tomada de decisão nos cuidados a prestar às pessoas.
- Vários são os settings para a aprendizagem da PrS referidos pelos professores e estudantes dos dois ciclos de estudos, sendo a comunidade entendida como o espaço de eleição para o desenvolvimento da PrS e do estudante, que se encontra em desenvolvimento.

-Intervenientes no processo - os professores consideram que os estudantes podem ser pró-ativos dando informação sobre os tipos de interação professor-estudante, e sobre as experiências que melhor contribuem para a aprendizagem; os estudantes do 2º Ciclo consideram-se pró-ativos nos contactos com os parceiros da comunidade.

- Centrando-se num paradigma tradicional, consideram os estudantes dos dois ciclos de estudo, pró-ativos, numa fase mais avançada do curso e controlados pelo professor, contrariando, o que é entendido por currículo como sendo as interações, que ocorrem entre os estudantes e entre estes e os professores com intenção de aprendizagem, sendo que os estudantes valorizam as interações professor-estudante assentes no diálogo para a aprendizagem;

- Valorizam a interação e o diálogo no sentido do questionamento e interpretação do propósito de cuidar e conjugação de ideias satisfatórias.

- Consideram-se como parceiros dos estudantes na conjugação de saberes e processo reflexivo no sentido de promover a práxis com os mesmos e com os enfermeiros.

-Veem o percurso de construção e de desenvolvimento intelectual dos estudantes no cuidar na PrS sinuoso, por omissão de modelos de referência nos enfermeiros consubstanciando o desfasamento entre a teoria e a prática na área da PrS.

- Usam a diretividade com planos e objetivos com base numa aprendizagem tradicional; os estudantes salientam, que esta é usada pelos professores nos estágios numa aprendizagem por item e na avaliação.
 - Mostram tendência para as tipologias de aprendizagem sintática e investigativa, fundamentada na prática, de um cuidar individualizado, de análise, capacitando para a negociação com as pessoas, para a tomada de decisão.
 - Consideram os enfermeiros como indispensáveis no processo de aprendizagem dos estudantes, na construção dos saberes teóricos e práticos; nas suas competências científicas no processo reflexivo com os estudantes.
 - Os professores e os estudantes reconhecem aos enfermeiros a dimensão da prática, na comunidade, como “díade de ligação” e “comunicação interambiente”.
 - Os professores consideram, que os enfermeiros nos contextos hospitalares, ainda se encontram numa perspetiva biomédica acerca do conhecimento e desenvolvimento da PrS, o que se reflete na construção do modelo profissional dos estudantes.
 - Encontram nos enfermeiros, impedimentos ao desenvolvimento do ensino clínico no âmbito da PrS, ligados à coconstrução do conhecimento nesta área; por não terem conhecimentos do que é enfermagem num paradigma de transformação e mais humanístico; por terem fraca autorreflexão do que é a enfermagem e por fatores ligados à organização dos cuidados.
 - Os estudantes manifestam sentir falta de apoio dos enfermeiros: na supervisão clínica em situações complexas como a multiculturalidade; ausência de questionamento; falta de suporte dos recém-formados na acessibilidade, afetividade, competências pedagógicas e relacionais, revelando falta de compreensão do estudante como pessoa.
 - Consideram existir dissonância entre o que é a orientação conjunta (professor e enfermeiro) e a orientação exclusiva com o enfermeiro.
- Avaliação da aprendizagem** - os professores efetuam a regulação com base em critérios de competências definidos para o estágio, não estando explícito se os critérios são aplicados de forma diária e sistemática.

- Destacam, que os estudantes fazem a sua autorreflexão sobre o processo de aprendizagem, sobre o quê e o como ele desenvolveu, bem como nas suas dificuldades; na avaliação o estudante centra-se em aspetos positivos e negativos.
- Salientam, que a avaliação diz respeito ao estudante e ao professor, situando-se numa abordagem construtivista.
- Evidenciam a autoavaliação, mas não como processo sistemático e contínuo.
- Ressaltam, que a avaliação formativa é participada e partilhada com os enfermeiros.
- Salientam, que no ensino teórico não existem critérios, explicitamente, definidos, para a avaliação da PrS, dificultando a avaliação da aprendizagem, sugerindo a necessidade da sua definição.

Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS?

Tema: Intervenção contextualizada no domínio da PrS

Os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS situam-se neste tema em todas as fases do processo de enfermagem em situação de processo de cuidados e acerca das suas vivências e experiências no processo de ensino e aprendizagem, que nos foram apresentadas na observação participante e através do discurso falado e escrito.

Avaliação diagnóstica - Os estudantes na consulta de enfermagem relevam atitudes de interação numa relação de confiança com a pessoa na dimensão ético-legal e moral, no sentido da privacidade individual e proteção da dignidade e na manutenção do processo social; salientam sentido de escuta; compreensão da situação; constituindo-se como atributos no processo de negociação e empowerment.

- Relevam a centralidade da pessoa no processo de cuidados, na avaliação dos hábitos da pessoa, valorizando os seus hábitos, crenças e valores, que são determinantes de saúde proximais;

- Não mobilizam os modelos de enfermagem na colheita de dados, nem nos registos de enfermagem e não são questionados pelos enfermeiros acerca da sua utilização, nem na maioria das reflexões, mas são utilizados nos trabalhos académicos.
- Na avaliação da família utilizam o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary; o genograma e o ecomapa; a classificação de estádios do ciclo vital de Duvall & Miller (1985) e a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, (1978).

Os estudantes do 2º Ciclo:

- Na avaliação da comunidade utilizaram: o Índice de Katz na avaliação da funcionalidade instrumental dos idosos; o Índice de Lawton para avaliação da fragilidade e qualidade de vida dos idosos; Escala de Avaliação Biopsicossocial e o questionário de perceção do estado de saúde SF8; modelo teórico de Neuman (1995) e a teoria dos sistemas ecológicos;
- Validam os dados com os parceiros sociais e comunidade, através de fóruns comunitários, salientando o trabalho intersectorial e a sua participação como interventores críticos.
- O diagnóstico de saúde é relevado pelos professores, salientando a passagem da mudança de cuidados de um foco individual para cuidados centrados nos grupos e comunidade;

Os estudantes:

- Apresentam diagnósticos sem a síntese dos dados, não permitindo o raciocínio, que permite a decisão sobre o fenómeno e as decisões são insuficientes para ajuizar;
- Focam-se na função através do diagnóstico médico e causas da doença e por análise não, suficientemente, objetiva dos dados, sendo importante ter rigor científico, para que o foco da prática seja centrado na pessoa, para planear ações direcionadas para a PrS.
- Nem sempre seguem a metodologia do processo de enfermagem nem a metodologia do planeamento em saúde, sendo que o tema das SEpS nem sempre surge da avaliação das necessidades das pessoas pelos estudantes, sendo

sugeridos: pelos enfermeiros do serviço; por elementos da equipa multidisciplinar ou por parceiros da comunidade;

Planeamento: - Os professores no planeamento da SEpS relevam o processo de articulação dos enfermeiros com as instituições da comunidade, para que os estudantes compreendam estas relações, e saibam como planear;

- Realçam a negociação com os parceiros, no sentido de um planeamento conjunto para a SEpS, mas não relevam como parceiros as pessoas alvo dos cuidados, o que contraria o preconizado na Carta de Ottawa (WHO, 1986), em que é reconhecido às pessoas a capacidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito;

- Os estudantes destacam que a PrS não tem o mesmo estatuto das outras intervenções na prática diária dos enfermeiros;

- Focam o ambiente na família no que concerne às relações estabelecidas entre si e a família, salientando a relação de confiança estabelecida após intervenção;

Implementação - Os estudantes relevam o modo como os serviços estão organizados no planeamento das atividades como fator perturbador à prática da PrS;

- Evidenciam a pressão do tempo da parte médica;

- Procedem à implementação *standardizada* de modo repetitivo;

- Desenvolvem intervenções na família, que nem sempre vão no sentido da capacitação;

- Colocam-se numa posição de poder, de dizer “faça”, “evite”, “deve-se”.

Avaliação dos cuidados - Os estudantes centram a avaliação nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, mas também na culpabilização das pessoas, responsabilizando-as por qualquer ação, que elas possam ou não realizar.

IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Na sequência da investigação produzida, pretendemos nesta fase traçar algumas implicações decorrentes deste estudo. Estas situam-se ao nível da formação dos dois ciclos de estudo em enfermagem.

Organizámo-las pelas seguintes áreas de interesse:

Implicações para a Formação em Enfermagem:

- Ao nível da formação consideramos a discussão e reflexão, entre os professores, de conceitos fundamentais e estratégicos à prática da PrS, num paradigma de transformação e paradigma salutogénico, favorecedores da transição do plano ideológico e filosófico para o plano prático PrS;
- A contemplação da PrS no currículo de forma transversal que responda à eficácia dos cuidados com o indivíduo, família e comunidade, bem como nos cuidados hospitalares.
- A utilização de metodologias ativas baseadas na relação professor-estudante assentes no diálogo, como promotoras da maturidade e desenvolvimento dos estudantes.
- A utilização da simulação para experiência da representação de situações reais, aprendizagem de conceitos essenciais e desenvolvimento de capacidades dos estudantes como promotores de saúde.
- Utilização da reflexão sob a forma de narrativas orais e PBE enquanto estratégias geradoras de construção do conhecimento teórico e prático e valorização do conhecimento em enfermagem, não só no 2º Ciclo, mas também no 1º Ciclo.
- Integração no currículo de estratégias de simulação e confrontação, como espaço de autorreflexão, de autoanálise, sobre como transpor a PrS para a prática;

- *Workshops* e seminário enquanto espaços de aprendizagem educativa e participativa, que desafiem a discussão a fim de encontrar respostas com sentido, a partir das experiências.
- Haver um trabalho mais próximo com os enfermeiros relativo à orientação dos estudantes para inibição de barreiras no processo de cuidados na PrS, em contexto clínico, nos primeiros anos do curso.
- Que a avaliação para a aprendizagem seja assente no apoio diário ao estudante, para melhorar as aprendizagens.
- Utilização do modelo de Neuman para a PrS nos grupos e na comunidade.

Implicações para a Prestação de cuidados:

- Mobilização de um modelo teórico sistémico enquanto estrutura para o julgamento clínico para a tomada de decisão do enfermeiro e planeamento de uma abordagem individualizada;
- Utilização da metodologia científica, centrando a avaliação nos conhecimentos, nas capacidades e habilidades das pessoas com objetivo de PrS e nos determinantes de saúde;
- Valorizamos o pensamento crítico, que permite a decisão sobre o fenómeno e diagnósticos centrados nas pessoas. No diagnóstico de saúde somos de considerar o cruzamento do PE e da metodologia do planeamento em saúde;
- Valorizamos o fórum comunitário para validação do diagnóstico com implicação de consenso entre os parceiros sociais;
- Valorizamos as SEpS enquanto estratégia de PrS, mas cujo tema provenha das pessoas cuidadas e mobilizando as estratégias de capacitação, advocacia, mediação.

Implicações para a gestão de cuidados

- A abordagem familiar desenvolvida pelos estudantes com evidência de situações com necessidade de respostas em múltiplas vertentes, como alcoolismo, pode constituir-se como ponto de partida para o enfermeiro de família se responsabilizar como gestor de cuidados.
- Criação de condições aos enfermeiros para uma supervisão consentânea junto dos estudantes.

- Criar condições para que o tempo de consulta de enfermagem seja disponibilizado consoante as necessidades das pessoas de acordo com o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, definidas pela OE¹⁴.

Implicações para a Investigação:

- Dar seguimento na procura de respostas para as questões estruturais e objetivos intermédios numa perspetiva de continuidade de investigação com recurso à observação focalizada.
- Ao nível da investigação identificamos como possibilidades de estudos face ao fenómeno analisado: a PrS nos curricula de enfermagem. Reconhecendo as limitações inerentes, ligadas aos participantes envolvidos, identificamos a necessidade de aprofundar os conhecimentos de todos os professores, que exercem a sua atividade pedagógica; aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros, enquanto parceiros no processo de aprendizagem dos estudantes, no desenvolvimento e avaliação curricular no âmbito da PrS e no âmbito dos conhecimentos em supervisão clínica para orientação dos estudantes no processo de cuidados em contexto de ensino clínico;
- A possibilidade de investigação-ação nos contextos da comunidade sobre as práticas de PrS desenvolvidas.

Implicações Políticas

- Sugerimos incluir na proposta de Figueiredo (2009) à Ordem dos Enfermeiros, no foco “Precaução de Segurança”, nos critérios diagnósticos “Precaução de Segurança não Demonstrada” se: existência de barreiras ambientais (carpetes e tapetes não antiderrapantes, brinquedos, móveis e outros, que comprometam a segurança de pelo menos um elemento da família) e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras ambientais;
- Incluir na definição do termo autocuidado higiene a higiene oral.

¹⁴ Cf. OE (2014b), p.34

BIBLIOGRAFIA

- Abrahão, M. H. (2008). O professor e o ciclo de vida profissional. In D. Enricone, (org.) et al. *Ser professor*, (6ªed.) (9-19). Porto Alegre: EDIPUCRS. (Original publicado em 2001).
- Alarcão, I., & Roldão, M. (2010). Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores (2ª ed.). Mangualde: Edições Pedagogo.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*, (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Alonso, L. (2002). Para uma teoria compreensiva sobre integração curricular: o contributo do projeto "PROCUR". *Revista do GEDEI*, 5, 62-88. Acedido junho 7
- Alonso, L. (2004). *Reorganização curricular do ensino básico: potencialidades e implicações de uma abordagem por competências*. Actas do I encontro de professores do pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico. Porto: Areal Editores. (pp.15-29)
- Alvim, N. A. T., & Ferreira, M. A. (2007). Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (2), 315-319.
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem-que sentido (s)? In M.A.M. Costa, M.G. Mestrinho & M. J Sampaio (Eds). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação – balanço de um projeto*, (66-77). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Amendoeira, J. (2004). *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1950-2003: Um contributo sócio histórico*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Amendoeira, J. P. (2006). Enfermagem. Disciplina do conhecimento, *Sinais Vitais*, 67, p.17 - 29.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13, 2-12.
- American College Health Association (2012). *Guidelines standards of practice for health promotion in higher education* (3ªed.). ACHA. Acedido outubro 05, 2015 em https://www.acha.org/documents/resources/guidelines/ACHA_Standards_of_Practice_for_Health_Promotion_in_Higher_Education_May2012.pdf
- American Nurses Association (ANA) (2010). *Nursing: scope and standards of practice* (2ªed). Silver Spring, MD: Nursesbooks.org. Acedido outubro 05, 2015 em <http://www.nursesbooks.org/ebooks/download/NursingScopeStandards.pdf>

- Antonovsky, A. (1991). The implications of salutogenesis: an outsider's view. In *Colloquium on cognitive coping in families with a member with a development disability*. Lawrence, Kansas, 5-6 June of 1991.
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36 (6), p.725-733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.
- Antunes, M. C. P. (2008). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.
- Appolinário, F. (2009) *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Araújo, I.M.B. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde: influência da formação, em futuros profissionais de saúde, em concepções saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*. Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Awofeso, N. (2004). What's new about the "new public health? *American Journal of Public Health*, 94 (5), 705-709.
- Baldi, M. D. B. (2006). Competências para promoção e educação em saúde em estudantes de nível médio de enfermagem. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Vale do Itajaí. Acedido dezembro 10 2009 em <http://siaibib01.univali.br/pdf/Miria%20Dias%20Bibow%20Baldi.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ªed). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Barreira, C., Boavida, J. & Araújo, N. (2006). Avaliação formativa: novas formas de ensinar e aprender. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 40 (3), 95-133.
- Bastable, S. B. (1997). *Nurse as educator: principles of teaching and learning*. London: Jones e Bartlett Publishers.
- Beldon, A., & Crozier, S. (2005). Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125 (5), 216-220.
- Bernardino, D., Silva, I. B., & Figueiredo, M. C. (2013). O empoderamento em enfermagem comunitária: análise de um contexto. *Revista da UIIPS*, 4 (1), p.182-197.
- Bevis, O. (2005a). Clarificando as consequências: relembando o passado, a história do desenvolvimento do curriculum de Enfermagem: o passado formatou o presente. In O.E. Bevis, & J.Watson (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp.17-42). Loures: Lusociência.
- Bevis, O. (2005b). O curriculum de enfermagem enquanto educação profissional: alguns modelos teóricos-subjacentes. In O.E. Bevis, & J.Watson (coord.). *Rumo a um*

- curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp.75-119). Loures: Lusociência.
- Bevis, O. (2005c). Grupos de factores que influenciam a tomada de decisões práticas sobre o curriculum. In O.E. Bevis, & J.Watson (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp.121-172). Loures: Lusociência.
- Bevis, O. (2005d). Ensinar e aprender: A chave para a educação e o profissionalismo. In Bevis; Watson (coord.). In O.E. Bevis, & J.Watson (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp.173-212). Loures: Lusociência.
- Bevis, O. (2005e). Ensino e aprendizagem: um comentário prático. In O.E. Bevis, & J.Watson (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp.245-290). Loures: Lusociência.
- Bevis, O. (2005f). Acesso à aprendizagem: determinar valor ou desenvolver a excelência: de um modelo behaviorista para um modelo crítico-interpretativo. In O.E. Bevis, & J.Watson (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp.291-338). Loures: Lusociência.
- Bevis, O.E. & Watson J. (coord.). Introdução. In *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*, (pp. 1-10). Loures: Lusociência.
- Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes*, 27 (2), 7-20.
- Bittencourt; A.R., Alves,D.Y., Luzia, N. S., Menezes, M. F. B., & Sória, D. A. C. (2009). A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55 (3), p.271-278.
- Bloom, B. S. (1977). *Taxonomia de los objetivos de la educación*. Buenos Aires: Editora Elateneo
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora. (Original publicado em 1991).
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud*. Masson. Barcelona.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: ArtMed. (Original publicado em 1994).
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development* (6thed), (pp.793-828). New York: John Wiley.
- Bruin, A; Picavet, H.S., & Nossikov, A (Eds.) (1996). *Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. WHO: Reg Publ Eur Ser, 58, 1-161. Acedido junho 09, 2012 em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf

- Burke, L. E., & Fair, J. (2003). Promoting prevention: skill sets and attributes of health care providers who deliver behavioral interventions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18 (4), p.256-266.
- Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*. 5 (1), P.163-178.
- Buss, P.M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, C. M Freitas (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, (15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Buss, P.M., & Filho, A. P (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17 (1), p.77-93.
- Caetano, F; Santos, I & Figueiredo, M. C. (2015). "Vida sem tabaco é mais vida: projeto de intervenção em enfermagem comunitária com recurso à metodologia de planeamento em saúde", *Revista da UIIPS*, 3 (5) 215 - 228.
- Carcel, C. (2000). Paradigma holístico. *Revista Trajectos e Projectos*, (2), 31-35.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento Materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga, Portugal. Acedido junho 07, 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6680/1/L%25C3%25ADdiaCardoso%20%20Vers%25C3%25A3o%20Final.pdf>
- Carlson, G. D. & Warne, T. (2007). Do healthier nurses make better health promoters? A review o the literature. *Nurse Education Today*, 27 (5), 50-513.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. A.S. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Acedido julho 10, 2010 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7518>
- Carvalho, A; & Carvalho, G. (2006). *Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência
- Carvalho, S. R (2004a). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projecto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095.
- Carvalho, S. R. (2004b). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3), 669-678
- Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (6), 1039-1049.
- Castanho, M. E. (2002). Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 6 (10), p.51-62.

- Cellard, A. (2008). A análise documental. In: Poupart, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*, (2ªed) (295-316). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1997).
- Chevrier, J. (2003) A especificação da problemática. In B.Gauthier (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (3ª ed.) (65-95). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000).
- Cochran, Jill (2008). Empowerment in adolescent obesity: state of the science. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 8 (1), 63-73. Acedido março 12 2012 em <http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/159/190>
- College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC) (2012). *Professional standards for registered nurses and nurse practitioners*. Acedido outubro 05, 2015 em <https://crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/128ProfessionalStandards.pdf>
- Community Health Nurses of Canada (CHNC) (2011). *Canadian community health nursing: professional practice model & standards of practice*. Acedido outubro 05, 2015 em <https://chnc.ca/documents/chnc-standards-eng-book.pdf>
- Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (2004). Relatório: A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem. CCISP: Lisboa.
- Corbally, M.A., Scott, P.A., Matthews, A., Gabhann, L.M., & Murphy, C. (2007). Irish nurses' and midwives' understanding and experiences of empowerment. *Journal of Nursing Management*, 15 (2), 169-179.
- Cross, R. (2005). Accident and emergency nurses' attitudes towards health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (5), 474-483.
- Czeresnia,D.; Freitas, C.M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health promotion theory*. London: Open University Press.
- Decreto-lei nº 42/2005. Declaração de Bolonha. *Diário da República n.º 37, I Série A*, 22 de fevereiro de 2005. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior:Lisboa
- Decreto-lei nº 74/2006 de 24/3.Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República nº 60, I Série A*, 24 de Março de 2006. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior:Lisboa
- Decreto-lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da Republica nº I Série - A*, 4 de setembro de 1996. Ministério da Saúde. Lisboa
- Despacho n.º 1916/2004. Aprovação do programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida. *Diário da Republica nº 41, II Série*, 28 de fevereiro de 2005. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Direção Geral da Saúde (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Circular Normativa nº: 13/DGCG de 02/07/04*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2006a). Programa nacional de saúde escolar. *Circular Normativa nº 07/DSE de 29/06/2006*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2006b). Atualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. *Circular Normativa nº: 03/DSPCS 06/02/06*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. *Circular Normativa nº: 23/DSCS/DPCD de 14/11/07*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes.
- Direção Geral da Saúde (2012a). Plano nacional de saúde 2012-2016. Lisboa: DGS. Acedido fevereiro 17, 2016 em <http://pns.dgs.pt/>
- Direção Geral da Saúde (2012b). Programa Nacional de Vacinação 2012. *Norma nº 040/2011 de 21/11/2011*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. *Norma nº 010/2013 de 31/05/2013*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020. Lisboa: DGS. Acedido agosto 15, 2016 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Domian, E.W., Baggett, K.M., Carta, J.J., Mitchell, S., & Larson, E. (2010). Factors influencing mothers' abilities to engage in a comprehensive parenting intervention program. *Public Health Nursing*, 27 (5), 399-407.
- Dresler-Hawke, E., & Whitehead, D. (2009). The behavioral ecological model as a framework for school-based anti-bullying health promotion interventions. *Journal of School Nursing*, 25 (3), 195-204.
- Duarte, Y. A. O., Andrade, C.L., & Lebrão, M..L (2007). O índice de katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. NewYork: Harper & Row, Publishers.
- Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Estudo para a Carta Hospitalar: especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, pediatria, obstetrícia e infeciologia*. Ministério da Saúde: Lisboa, Portugal. Acedido abril 10, 2015 em https://www.ers.pt/uploads/writerfile/document/668/ERS_Carta_Hospitalar.vf.pdf
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: a practical guide* (4ªed.). London: Baillière Tindall.
- Fagerstrom, L. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*, 56 (2), 269-272.

- Falcón, G., Carmela, S., Erdmann, A. L., & Backes, D. S. (2008). Significados do cuidar na promoção da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), 419- 424.
- Fernandes, D. (2005). *Avaliação das aprendizagens: desafios às teorias, práticas e políticas*. Coleção Educação Hoje. Porto: Texto Editores.
- Ferreira, M.P.M. (2009). O professor do ensino superior na era da globalização. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50 (5), 1-10.
- Figueiredo, M. C; Amendoeira, J. (2014a). Currícula de enfermagem (1º e 2º ciclo) – da concepção à mobilização da promoção da saúde nos contextos de aprendizagem. *Revista da UIIPS*, 2 (2): 524 - 538.
- Figueiredo, M.C. & Amendoeira, J. (2014b). Promoção da Saúde nos Currícula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e significados atribuídos pelos estudantes- revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 20-44
- Figueiredo, M. C; et al. (2014a). Enfermagem avançada. Contributo para o processo de teorização em enfermagem, *Revista da UIIPS*, 2 5: 232 – 249
- Figueiredo, M. C; Amendoeira, J.; Serra, M. & Branco, I. (2014b). Promoção da saúde e empowerment no cuidar da criança em idade pré-escolar: Revisão sistemática da literatura, *Revista da UIIPS*, 2 (5) 89 - 102.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Porto. Portugal. Acedido dezembro 20, 2015, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C.C., Alvares, J., Aguiar, R. A.T & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (2), 2115-2122.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa. Monitor. (Original publicado em 2002).
- Forbes, M. O., & Hickey, M. T. (2009). Curriculum reform in baccalaureate nursing education: review of the literature. *International Journal of Nursing Education, Scholarship*, 6, 1-19.
- Freire, Paulo (1973). *Education as the practice of freedom in education for critical consciousness*. New York: Continuum.
- Freire, Paulo (1979). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes
- Freire, Paulo (1987). *Pedagogia do oprimido* (17ª ed). Acedido março 12, 2014 em http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf (Original publicado em 1970)

- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stanford: Appleton& Lange.
- Galinha, I., & Ribeiro, J.L.P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- García, V. C., Argüelles, R. F., & Flores, J. F. L. (2012). Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2^{do} nível de atención, *Waxapa*, 1 (6), 80-91.
- Gaspar, M.I., & Roldão, M.C (2007). *Elementos do desenvolvimento curricular*. Lisboa:Universidade Aberta.
- Gauthier, B. (2003). Introdução. In B.Gauthier (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (3^a ed.) (15-32). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000).
- Germani, A.C.C.G., & Aith, F. (2013). Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 14 (1), 34-59.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), 354-361.
- Gil, A. C. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa (5^aed) São Paulo: Atlas. (Original publicado em 1987).
- González, J., & Wagenaar, R. (2003). Tuning Educational Structures in Europe [online]. Projet Tunning 2000. Acedido dezembro 08, 2015 em http://www.uc.pt/ge3s/event_04/event_04/tuningexecutivesummary-3.pdf
- Goodman, C., Davies, S. L., Dinan, S., See, T. S., & Iliffe, S. (2011). Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 16 (1), 12-17.
- Green, W. H., & Simons-Morton, B. G. (1988). *Educacion para la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach* (4^aed). New York: McGraw-Hill Higher Education. (Original publicado em 1980).
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). Fourth generation of evaluation. San Francisco: Jossey Bass.
- Heidemann, I. T. S. B. (2006). *A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Acedido dezembro 14, 2010 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15012007-170858/pt-br.php>

- Hermansson, E., & Martensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. Acedido julho 07, 2011 em *Midwifery journal homepage*: www.elsevier.com/midw
- Holt, M., & Warne, T. (2007). The educational and practice tensions in preparing preregistration nurses to become future health promoters: a small scale explorative study. *Nurse Education in Practice*, 7 (6), 373-380.
- Igea, D.; Agustín, J.; Beltrán, A.; & Martín, A. (1995). Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Dykinson.
- Iglesias, A., & Dalbello-Araujo, M. (2011). As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19 (3), 291-298.
- International Council of Nurses. (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão Beta 2 (2ª ed)*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2012). The ICN Code of Ethics for Nurses. Genève: ICN.
- Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 593-602.
- Issi, H. B., Almoarques, S. R., & Lima, E.C. (2004). A humanização do cuidado em pediatria: ressignificando o programa de apoio à família da criança hospitalizada. [CD-ROM] In *Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser* Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Gramado, Brasil, 24-29, 2004. Acedido agosto 08, 2011 em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/4884>
- Jaccoud, M., & Mayer, R.. A observação direta e a pesquisa qualitativa. (2010). In Poupart et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos (2ªed)* (pp.254-294). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1997).
- Jerden, L., Hillervik, C., Hansson, A. C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (4), 448-454.
- Kelley, K., & Abraham, C. (2007). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), p.569-579.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2012). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 1-12.
- Kérourac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Québec: Maloine.

- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating Health: The role of Health Literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A.V (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2010) *Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa* (7 ed.). São Paulo: Atlas. (Original publicado em 1985)
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. In: Minister of Supply and Services Canada. Public Health Agency of Canada. Acedido maio 08, 2011 em <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Laperrière, A. (2003). A observação directa. In B. Gauthier (Dir). *Investigação Social - da problemática à colheita de dados* (3ª ed.) (pp.15-32). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000)
- Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde poder e empoderamento*. Loures: Lusociência. (Original publicado em 2004).
- Lea, S. J., Stephenson, D., & Troy, J. (2003). Higher education students' attitudes to student-centred learning: Beyond 'educational bulimia'? *Studies in Higher Education*, 28(3), 321-334.
- Leal, R. B. (2005). Planejamento de ensino: peculiaridades significativas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37/3, 2-6.
- Leavell, H., & Clark, E.G. (1978). *Medicina preventiva*. S. Paulo: McGraw-Hill Inc.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2007). Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 15-28.
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195, I Série, de 24.08.1990*. Assembleia da República: Lisboa
- Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de Agosto. Sétima revisão constitucional. *Diário da República n.º 155, I Série-A de 12.08.2005*. Assembleia da República: Lisboa
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjögren, A., Kettunen, T., & Karhila, P. (2001). Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education. *Health Education Research*, 16, 33-48.
- Lopes, M.S.V., Saraiva, K.R.O., Fernandes, A.F.C., & Ximenes, L.B. (2010). Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19 (3), 461-468.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Edições Almedina.
- Madeira, A. C. S. C. M. (2014). *O Estudante de Enfermagem no Processo de Cuidados em Contexto de Ensino Clínico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Marchesi, A. & Martín, E. (2003). *Qualidade do ensino em tempos de mudança*. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Marinho, P., Fernandes, P. Leite, C. (2014). A avaliação da aprendizagem: da pluralidade de enunciações à dualidade de concepções. *Acta Scientiarum*, 36 (1), 153-164.
- Marques, S. (2005). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. *Interações*, (9), 130-141.
- Martínez, A.G., Carreras, J. S., & Haro, A.E. (2000). *Educación para la salud la apuesta por la calidad de vida*. Madrid. España: Arán Ediciones S. A.
- Martínez, M. & García, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6 (1), 55-75.
- McCarthy, V., & Freeman, L. H. (2008). A Multidisciplinary Concept Analysis of empowerment: Implications for nursing. *The Journal of Theory Construction and Testing*, (12), 2, 68-74.
- McIlpatrick, S. (2004). The future of nursing education: characterized by paradoxes. *Nurse Education Today*, 24 (2), 79-83.
- McKey, A., & Huntington, A. (2004). Obesity in pre-school children: issues and challenges for community based child health nurses. *Contemporary Nurse*, 18 (1-2), 145-151.
- McLeod, S. A. (2009). *Jean Piaget*. [em linha]. Simply Psychology.
- McMurray, A. (2007). *Community health and wellness: A socioecological approach* (3thed.). Sidney: Mosby Elsevier. (Original publicado em 1998).
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories innursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Mills, P. R., Kessler, R.C., Cooper, J., & Sullivan, S. (2007). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *American Journal of Health Promotion*, 22 (1), 45-53.
- Ministério da Saúde (2006a). *Higiene oral para prevenir. Escova de dentes. Saiba como prevenir os problemas que afetam a saúde oral das crianças, jovens, adultos e idosos*. Portal da Saúde. Acedido janeiro 20, 2015 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+oral/higieneoralhtm>
- Ministério da Saúde (2006b). *Saúde oral na velhice. Imagem ilustrativa. Uma boa higiene oral e alguns cuidados básicos podem garantir-lhe dentes e gengivas saudáveis uma vida inteira*. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Acedido janeiro 20, 2015 em http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministério_saude/idosos/Saude+oral+na+velhice.htm
- Moreira, A.K.F., Santos, Z.M.S.A., & Caetano, J.A. (2009). Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19 (4), 989-1006.

- Moreno, A.S., García, E. R., & Campos, P.M. (2000). Conceptos de educación para la salud. In A. Sánchez Moreno (Dir.). *Enfermería comunitária*, (3) (155-168). Madrid: McGraw-Hill.
- Morrondo, P. (2000). Promoción de la salud. In A. Sánchez Moreno (Dir.). *Enfermería comunitária* (3) (141-153). Madrid: McGraw-Hill.
- Murray, J. P. (2005). Fazendo a conexão: interações professor-estudante e experiências de aprendizagem. In O.E. Bevis, & J.Watson, (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem* (pp.213-243). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3thed). USA: Library of Congress.
- Nóbrega-Therrien, S. M., Guerreiro, M.G.S., Moreira, T.M.M., & Almeida, M.I. (2010). Projeto Político Pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44 (3), p.679-86.
- Novo, S. M. F. (2011). *Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal. Acedido julho 18, 2014 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4411/3/SandraNovoMGO2011Gestao%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- O'Donnell, M. P. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), 4-5.
- Ontario College of Teachers (2007) Dimensions of Practice. BOOKLET 6 dimensions of the standards. Ontario College of Teachers and Ordre des Enseignantes et des Enseignants de l'Ontario.
- Ordaz, O. (2011). O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 15 (1), 70-87. Acedido maio 15, 2015 em <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/201115170-87.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de enfermagem. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual-enunciados descritivos. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Anexo ao Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010b) *Parecer Conjunto CE e CJ – 3 / 2010, sobre Preparação e Administração de Terapêutica*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: OE

- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária e Conselho Diretivo. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2014a). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional*. Versão portuguesa: Parceria entre a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho (ANET). Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2014b). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: OE.
- Osorio, A.G., Rosero, M. Y.T., Ladino, A.M.M., Garcés, C.A. V., & Rodríguez, S.P. (2010). La promoción de la salud como estratégia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), 128-143.
- Pacheco, J.A. (2001). Currículo: Teoria e Praxis. (3ª ed.) Porto: Porto Editora.
- Paiva, L. A. (2008). Supervisão do ensino clínico em enfermagem: o stresse dos tutores e a influência no apoio percebido pelos estudantes. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in Nursing Practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Pereira, S., & Cruz, F. (2004). Ética ao cuidar do Homem face à sua dimensão espiritual. *Hospitalidade*, 68 (265), 9-12.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Perry, A.G., Potter, P.A., & Ostendorf, W. (2015). *Nursing interventions & clinical skills* (6th ed.). St. Louis: Elsevier. (Original publicado em 1996).
- Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*, 28 (2), 186-193.
- Pires, A.L. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação das aprendizagens e de competências*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ponte, J.P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 25, 105-132.
- Portaria nº 799-D/18 de setembro. Aprovação do Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Diário da República n.º 219, I Série B*, 18 de setembro de 1999. Ministério da Educação: Lisboa.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., & Sjogren, A. (2000). Health promotion in the curricula and teaching of two polytechnics in Finland. *Nurse Education Today*, 20 (8), 629-637.

- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T., & Karhila, P. (2001). From nurse-centered health counseling to empowerment health counseling. *Patient Education and Counseling*, 45 (1), 69-79.
- Poupart, J. (2010). A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In Poupart, et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (2ªed) (pp.215-253). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1997).
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*, (5ª ed). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1992).
- Rafael, F. (1999). The politics of health promotion: influences on public health nursing practice in Ontario, Canada: from Nightingale to the nineties. *Advances in Nursing Science*, 22, p.23-39.
- Ratzan, S. C. & Parker, R. M. (2000). In C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, & R. M. Parker (Eds.) *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Reis, A. (2014). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros*. Saarbrücken: Novas Edições Académicas.
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauve, M. S., & Garceau-Brodeur, M. H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montreal, Quebec. *Public Health Nursing*, 27 (5), 450-458.
- Robinson, K. L., Driedger, M. S., Elliott, S. J., & Eyle, J. (2006). Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promotion Practice*, 7 (4), 467-476.
- Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de Enfermagem*. Alfraide. MC Graw-Hill.
- Roldão, M. C. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências: as questões dos professores*. Lisboa: Presença
- Rosenstock, I.M. (2008). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. (Eds.) *Health behavior and health education: theory, research and practice* (4th ed.) San Francisco: Jossey-Bass Publishers; pp. 39-62. (Original publicado em 1990)
- Royal College of Nursing. (1998) *Defining nursing*. Acedido em 19/08/2011 <http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf/0008/78569/001998.pdf>
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal on Advanced Nursing*, 55 (1), 46-57.
- Rush, K.L., Kee, C.C. & Rice, M. (2005). Nurses as imperfect role models for health promotion. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (2), p.166-183.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa. DGS.

- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J.F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1 (1), 1-15.
- Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57 (2), 224-231.
- Savoie-Zajc, L. A entrevista semi-dirigida. (2003). In B.Gauthier, (Dir.) *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (3ª ed.), (pp.15-32). Loures: Lusociência. (Original publicado em 2000)
- Sjogren, A., Poskiparta, M., Liimatainen, L., & Kettunen, T. (2008). Teachers'views on curriculum development in health promotion in two Finnish polytechnics. *Nurse Education Today*, 23 (22), 112-122.
- Sant'Anna, F. M., Enricone, D., André, L., Turra, C. M. (1998). *Planejamento de ensino e avaliação*. (11ªed.). Porto Alegre: Sagra / DC Luzzatto. (Original publicado em 1986).
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Revista Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (3), 127-134.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The family nurse: frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Silva, K. L., Sena, R. R.; Grillo, M. J. C., Horta, N. C., & Prado, P. M. C. (2007). Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, p.826-829.
- Silva, K. L., Sena, R. R, Grillo, M. J. C., Horta, N. C., & Prado, P. M. C. (2009). Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, p.86-91.
- Silva, M.A.M., Pinheiro, A. K. B., Souza, A. M. A., & Moreira, A. C. A (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 596-599.
- Silva, D. C., & Alvim, N. A. T. (2010). Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (3), 427-34.
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência*, 6, II. Série, 91-108.
- Siqueira, M.M., & Moraes, M.S. (2009). Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (6), 1115-1122.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6 (6), 1231-1239.

- Smith, S.K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & McCaffery, K.J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*, 69 (12), 1805-1812.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. Orlando, USA: Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Stake, R.E. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso* (3ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1995).
- Squire, A. (2004). *Saúde e bem-estar nas pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (7ªed) Loures. Lusociência.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86 (5), 668-673.
- Tavares, J. (1996). *Uma sociedade que aprende e se desenvolve*. Porto: Porto Editora
- Tavares, J. (2003). *Formação e inovação no ensino superior*. Porto: Porto Editora
- Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, 13 (3), 267-276.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Traverso-Yépez, M.A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (22), 223-238.
- UNESCO (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: Unesco.
- Vasconcellos, C. S. (2000). *Avaliação: concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar*. 11ª ed. São Paulo: Libertad
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson)*. Porto. Faculdade de Medicina do Porto. Acedido junho 25, 2015 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/76586.pdf>
- Viana, M. C. (2001). *Promoção da saúde na escola: perspectivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e saúde: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Victor, J.F., Lopes, M.V.O., & Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), 235-240.
- Virtanen, H., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2007). Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling*, 66, 140-146. Acedido janeiro 05, 2010 em [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(07\)00004-3/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(07)00004-3/pdf)

- Yin, K. R. (2010). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. (4ªed.). Porto Alegre: Bookman.
- Waldow, V.R. (2009). Momento de Cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 140-145 Acedido janeiro 22, 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN): Acedido junho 24, 2011 em. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Watson, J. (2005a). O pensamento transformativo e um curriculum de cuidar In O.E.,Bevis & J.Watson, (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem* (pp.57-67). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005b).O futuro em construção: criar uma nova era In O.E.,Bevis & J.Watson, (coord.). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem* (pp.409-418). Loures: Lusociência.
- Whitehead, D. (2002). The 'health promotional' role of a pre-registration student cohort in the UK: a grounded-theory study. *Nurse Education in Practice*, 2(3), 197-207.
- Whitehead, D. (2003).Incorporating socio-political health promotion activities in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 668-677.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3), 311-320.
- Whitehead, D. (2005). Letter to the editor. *Research in Nursing & Health*, 28,357-59 Acedido março 15, 2011 em [file:///D:/Documents/PENDER/Pender%20-%20critique%20letter%20-%20NH%20\(1\).pdf](file:///D:/Documents/PENDER/Pender%20-%20critique%20letter%20-%20NH%20(1).pdf)
- Whitehead, D. (2007). Reviewing health promotion in nursing education. *Nurse Education Today*, 27, 225-237.
- Whitehead, D. (2009). Reconciling the differences between health promotion in nursing and general health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (6), 865-874.
- Whitehead, D. (2011a). Before the cradle and beyond the grave: a lifespan/settings-based framework for health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2183-2194.
- Whitehead, D (2011b). Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis.*Health Promotion International*, 26, 117-127.
- Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z. & Xie, C. (2008). Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 181-187.
- Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15 (3), 156-163.

- Williamson, K. M. (2007). Home health care nurses' perceptions of empowerment. *Journal of Community Health Nursing*, 24 (3), 133-153
- Witt, R. R.; Almeida, M. C.P. (2008). Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. *Public Health Nursing*, 25 (4), 336-343.
- World Health Organization (1948). Constitution. WHO: Geneva. Acedido agosto 02, 2010 em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care.
- World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. Acedido maio 12, 2009 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- World Health Organization (1988). Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988.
- World Health Organization (1991) The Budapest declaration of health promoting hospitals. Acedido agosto 02, 2010 em http://www.hphnet.org/attachments/article/40/budapes_dec.pdf
- World Health Organization (1997a) The Vienna recommendations on health promoting hospitals. WHO, Copenhagen. Acedido agosto 02, 2010 em http://www.hphnet.org/attachments/article/43/vienna_recom.pdf
- World Health Organization (1997b). The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. Acedido maio 20, 2011 em http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf
- World Health Organization (1998). Health promotion glossary. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2000a). Munich declaration. Nurses and midwives. A force for health. The 2nd WHO ministerial conference on nursing and midwifery in Europe. Acedido novembro 19, 2009 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/53853/E93017.pdf
- World Health Organization (2000b). The fifth global conference on health promotion health promotion: bridging the equity gap Mexico City. Acedido agosto 04, 2011 em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/>
- World Health Organization (2003). *Nurses and midwives: A force for health. WHO European strategy for continuing education for nurses and midwives*. Acedido maio 12, 2009 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/102238/E81549.pdf
- World Health Organization (2005). The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. Acedido agosto 04, 2011 em www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter

World Health Organization (2009). The 7th global conference on health promotion. *Promoting health and development: closing the implementation gap*. Nairobi, 26-30 October 2009.

World Health Organization (2013). The 8th global conference on health promotion. The Helsinki statement on health in all policies. Acedido agosto 04, 2011 em http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf

World Health Organization. Regional Office for Europe (1984). Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the working group on concept and principles of health promotion. Acedido agosto 02, 2010 em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>

World Health Organization. Regional Office for Europe (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being Regional Committee for Europe Sixty-second session. Malta, 10 – 13 September 2012. Acedido abril 02, 2015 em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

Wright, L. M.; & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*, (5ª ed). São Paulo: Editora Roca. (Original publicado em 1984).

ANEXOS

ANEXO I

Autorizações das Escolas Superiores de Saúde

Instituto Politécnico de
Escola Superior de Saúde

Entrada em 5/7/11 Nº 14322

Proc. 39/P Rub. 2A

Exmo. Sr.ª

Diretora da Escola Superior de Saúde de

às secretarias da
Direcção:

- ① referenciar a Sr.
Prof. M.ª do Carmo
que está autorizada
o Pedido e que a
Pessoa de contacto é
a Sr. Subdirectora Prof.
Helix Dias.
- ② cópia do documento
para a Sr. Subdirectora
para os devidos
efeitos. 13/07/11

OUREM, 28 de Junho de 2011

Assunto: Pedido de colaboração institucional com pesquisa no âmbito de
projeto de doutoramento em Enfermagem.

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira, aluna do Curso de Doutoramento em Enfermagem na área de especialização de Educação em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, actualmente a desenvolver o projeto de investigação com o título "Promoção da Saúde (PrS) nos currícula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes" tendo como orientador o Professor Doutor José Amendoeira, vem por este meio solicitar a colaboração da Instituição que dirige para a consecução dos objetivos a que se propõe.

Com este estudo, pretendemos analisar os currícula de enfermagem; identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS; analisar como os professores mobilizam o conhecimento sobre PrS, na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular.

Pretendemos responder às questões:

Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular?

Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS.

Temos assim, como dimensões deste estudo: os atores - estudantes e professores, enquanto principais intervenientes no currículo e processo ensino-aprendizagem da PrS; a dimensão Instituída - o currículo com objetivos, conteúdo de PrS, estratégias e métodos de ensino-aprendizagem, settings, competências e avaliação; a dimensão Instituinte - como se operacionaliza e avalia o currículo, no âmbito da PrS.

Pretendemos, realizar um estudo de caso (multi-caso), em que os participantes são:

- Professores com pelo menos dois anos de serviço na instituição, que lecionam o ensino teórico de PrS e/ou que orientam estágios na comunidade;

- Estudantes do 1º ciclo do Curso de Enfermagem que se encontrem em estágio na comunidade.
- Estudantes de 2º ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Comunidade que se encontrem em estágio na comunidade.

Tendo em conta as questões de investigação e os objetivos, pretendemos:

1. Efetuar análise documental dos currículos do curso de enfermagem e do curso de mestrado em enfermagem comunitária, de documentos orientadores do desenvolvimento dos estágios; trabalhos finais de estágio;
2. Efetuar entrevistas semi-estruturadas aos professores e aos estudantes;
3. Efetuar observação participante sobre como, os estudantes transferem o conhecimento para a ação, em atividades de extensão à comunidade no âmbito da PrS.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar se digne providenciar a designação de uma individualidade de referência com a qual possamos contactar diretamente para consultas de carácter exploratório e fornecimento de dados específicos, bem como autorizar a consulta dos referidos documentos da sua instituição.

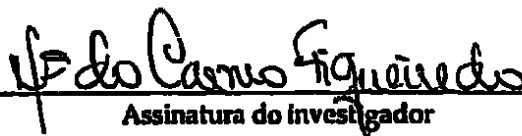
Comprometemo-nos a compatibilizar as necessidades da pesquisa com o respeito ao quotidiano do funcionamento da vossa instituição.

Por outro lado, responsabilizamo-nos em esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida ou questionamento que os participantes venham a ter no momento da pesquisa, ou posteriormente através dos contactos: mail – mcarmofigueiredo55@gmail.com; ou telemóvel 962469359

Todos os dados colhidos, assim como as análises resultantes serão previamente apresentados à Instituição que superiormente dirige antes de ser dada continuidade ao estudo e a sua integração no mesmo estará dependente da sua autorização formal.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficamos a aguardar a vossa resposta.

Com os nossos cumprimentos,


Assinatura do Investigador



maria do carmo figueiredo pereira <mcarmofigueiredo55@gmail.com>

Pedido de colaboração institucional com pesquisa no âmbito de projecto de doutoramento em Enfermagem

2 mensagens

Sec Presidencia <es: /geral@ess: .ipv.pt>

5 de Junho de 2011 13:40

Para: mcarmofigueiredo55@gmail.com

Cc: :

Exma. Senhora

Enf. Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira,

Conforme solicitação de V. Ex.ª datada de 28 de Junho de 2011 (assunto em epígrafe), a Presidência da Escola Superior de Saúde indicou como pessoa de referência, a Sra. Prof. Suzana, da Unidade Científica Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária.

Contacto: sandre@essv.ipv.pt

Telefone: 232419100

Com os melhores cumprimentos,

Secretariado da Presidência da

ANEXO II

Autorizações dos dos Enfermeiros Diretores dos Hospitais

Autorização,
Com felicitações pelo caminho
escolhido e apontado de forma
muito clara.
26/10/11.



SANTARÉM, XX de outubro de 2011

Exmo. Sr.

Enfermeiro Diretor

Hospital de

Assunto: Pedido de autorização para colaboração institucional no âmbito de projeto de doutoramento em Enfermagem.

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém em processo de Doutoramento em Enfermagem na área de especialização de Educação em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, actualmente a desenvolver o projeto de investigação com o título "Promoção da Saúde (PrS) nos currícula de Enfermagem Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes" tendo como orientador o Professor Doutor José Amendoeira, vem por este meio solicitar a colaboração da Instituição que dirige para a consecução dos objetivos a que se propõe.

Com este estudo, pretendemos analisar os currícula de enfermagem; identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS; analisar como os professores mobilizam o conhecimento sobre PrS, na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular.

Estamos a desenvolver o estudo nas Escolas Superiores de Saúde de _____, em que os participantes são os professores e os estudantes do Curso de Enfermagem.

O desenvolvimento deste estudo pressupõe observação dos estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu que se encontrem em estágio nos serviços de Pediatria e Obstetrícia desse Hospital.

Neste âmbito venho solicitar autorização de V. Ex^a para efectuar **observação participante** sobre como, os ESTUDANTES transferem o conhecimento para a ação, no âmbito da Promoção da Saúde, durante o período de estágio naqueles serviços

Os momentos de observação serão combinados previamente com os envolvidos, dando conhecimento dos mesmos aos enfermeiros chefes dos respectivos serviços.

Comprometemo-nos a respeitar os princípios éticos a que um tipo desta técnica de colheita de dados exige, como:

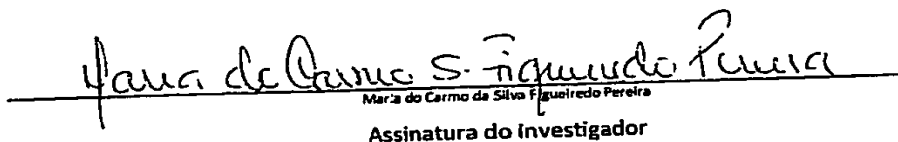
Garantia da privacidade e da confidencialidade

- Compatibilizar as necessidades da pesquisa com o respeito ao quotidiano do funcionamento da Instituição e dos serviços

Por outro lado, responsabilizamo-nos em esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida ou questionamento que possa surgir antes ou durante a pesquisa, ou posteriormente através dos contactos: mail mcarmofigueiredo55@gmail.com, telemóvel 962469359

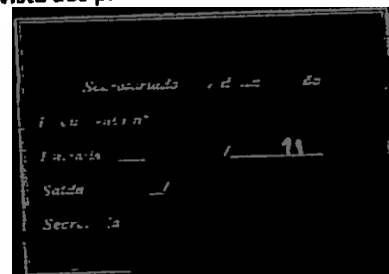
Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficamos a aguardar a vossa resposta.

Com os nossos cumprimentos


Assinatura do Investigador

Anexos:

1. Projeto de investigação (Introdução, Decisões metodológicas, Considerações Éticas e Cronograma)
2. Comprovativo da prova de avaliação para registo definitivo do projeto de investigação
3. Pedido à comissão de ética da Universidade Católica Portuguesa, para apreciação e consentimento do desenvolvimento do estudo
4. Formulário de consentimento livre e informado para observação aos estudantes
5. Formulário de consentimento livre e informado para entrevista aos estudantes
6. Formulário de consentimento livre e informado para entrevista aos professores





Exma Senhora

Professora Maria do Carmo Figueiredo Pereira
Praceta de Castela, lote B - 3º esqº

2490- 504 Ourém

08/11/11

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência

Data

Assunto: Pedido de autorização para colaboração institucional no âmbito de projecto de
Doutoramento em Enfermagem

Informo V. Excia que no âmbito do Protocolo Hospital/Escola Superior de Saúde, foi autorizada a
colaboração pretendida

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

Enf.

ANEXO III

Autorizações dos Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros
de Saúde



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.
Subsistema da Saúde
ACES

Exma Senhora
Professdra Maria do Carmo S. Figueiredo
Pereira
Praceta de Castela, Lote B – 3º Esqº
2490-504 Ourém

C/C: [Redacted]

0-10

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
	19.1.2.11	DE	
Assunto: Pedido de autorização para colaboração institucional no âmbito de projecto de Doutoramento em Enfermagem			

[Redacted]

[Redacted]

Telefax

N.º 254
Data 15-11-02
1 página

DESTINATÁRIO

REMETENTE

Exma. Senhora
Professora Adjunta
Dra. Maria do Carmo Figueiredo

Directora Executiva

Fax n.º 243 307 210

Fax n.º 243 59 3

a instrucional no âmbito de pro...

Em resposta ao solicitado informa-se V. Exa. que não nos opondo no âmbito
projecto de Doutoramento em Enfermagem

No entanto, solicita-se a V. Exa. que assuma o compromisso de nos o
da Comissão de Ética

Com os melhores cumprimentos

Luís
Luís Figueiredo
Directora Executiva
Associação



ACESS



Agrupamento de Centros
de Ensino Superior
Tel: 243 504 537 Fax: 243 504 538
geral.aces@aces.pt

14:01 PARA: ESCOLA SUP EN SANTAREM

22/01/12

Gmail - COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL NO ÂMBITO DO DOUTORAM...



COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL NO ÂMBITO DO DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

4 mensagens

aces/ <aces_s@gmail.com>
Para: mcarmofigueiredo55@gmail.com

23 de Dezembro de 2011 15:14

Exmª Senhora:

Relativamente ao assunto referenciado em epígrafe, informo que o pedido formulado por Vª Exª, foi autorizado, por Despacho de 20 de Dezembro de 2011 da Directora Executiva deste ACES, não havendo por isso nada a opor.

Com os melhores cumprimentos e votos de Boas Festas.

ACES
A Directora Executiva
Mercedes Figueiredo



maria do carmo figueiredo pereira <mcarmofigueiredo55@gmail.com>

Pedido autorização para colaboração institucional.

2 mensagens

uag aces <uag. @srs .i.min-saude.pt>
Para: mcarmofigueiredo55@gmail.com

9 de Novembro de 2011 16:05

Exm.ª Senhora:

Relativamente ao seu pedido de autorização para colaboração institucional no âmbito de projecto de Doutoramento em Enfermagem, datado de 19 de Outubro de 2011, informa-se V. Ex.ª que o mesmo mereceu parecer concordante por parte da Sr.ª Presidente do Conselho Clínico do ACeS , Dr.ª Almerinda Rodrigues.

Com os melhores cumprimentos

Alexandre Alberto Vaz de Frias Pinto
Assistente Técnico
UAG-
Telex. 231 419 447
alexandre.pinto@srs .min-saude.pt

ANEXO IV

Caraterização dos professores

Caraterização dos professores participantes no estudo

Se xo	Ida de	HABILITAÇÕES ACADÉMICAS				CATEGORIA				Anos na docência e na Institui ção	
		Licenciatura	Pos graduação		Mestrado	Doutoramento	Prof Coordena dor	Prof Adjunto(a)	Assistent e 1º Trienio		Especia lista
F	53	Enfermagem comunitária				Enfermagem		X			21
F	49	Enfermagem comunitária			Ciencias de enfermagem			X		X	14
F	55	Enfermagem em Saúde Materna e obstetricia	Pedagogia da saude		Ciencias da Educação – Educação para a Saúde			X		X	12
F	35	Enfermagem	Cuida dos Continua dos	Supervi sao clinica em Enferma gem	Saúde Publica				X	X	7
F	53	Enfermagem medico cirurgica	Ciencias da educação		Ciencias da educação	Ciencias da Educação – teoria e desenvolvimento curricular		X			23
F	52	Enfermagem de saude infantil e pediatria	Gestão e auditoria em saude		Psicologia social e organizacional	Enfermagem		X			23
F	47	Enf. S. Materna e obstetricia			Comunicação em saude			X			10
F	47	Enfermagem comunitária			Ciencias da educação			X			12
F	48	Enfermagem de saude infantil e pediatria			Familia e sistemas sociais			X			9
F	45	Enfermagem comunitária			Saude publica			X			10
F	55	Enfermagem em Saúde mental e psiquiatria	Pedagogia		Gestão e economia da saude	Saude Mental	X				22

M	45	Enfermagem de reabilitação		Sociopsicologia da saúde	Desenvolvimento e Intervenção Psicológica		X			15
F	39	Enfermagem comunitária		SIDA: da intervenção à terapêutica	Ciências da Educação		X			12
F	61	Enfermagem de saúde infantil e pediatria	Pedagogia aplicada ao Ensino de Enfermagem				X			36
F	46	Enfermagem em Saúde materna e obstetria			Ciências da Educação		X			16
F	46	Enfermagem em Saúde materna e obstetria					X			16
F	43	Enfermagem comunitária			Enfermagem		X			15

ANEXO V

Caraterização dos estudantes

Caraterização dos estudantes do 1º ciclo e do 2º Ciclo

Idade	Sexo		2ºA/1ºS	3ºA/1ºS	3ºA/2ºS	4ºA/1ºS	4ºA/2ºS	CMEC CPLEEC	Total
	F	M							
20-25	37	5	14	8	1	16	3		42
25-30	11	1		2	2	6	2		12
30-35	6	1	1		1		2	3	7
35-40	1							1	1
Total	55	7	15	10	4	22	7	4	62

ANEXO VI

Momentos de observação dos estudantes das Escolas A e B

Momentos selecionados para observação participante em ensino clínico na Escola A

ESCOLA A					
ESTÁGIO II	SEpS	Discussão Estudo caso	Tratamento de feridas		
ESTÁGIO VI CS	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovascula res	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes			
ESTÁGIO VII - CS		Consultas de enfermagem no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva		
ESTÁGIO VII PEDIATRIA		Discussão Estudo caso	SEpS		
ESTÁGIO VII OBSTETRI CIA	SEpS	Discussão Estudo caso		Cuidados de higiene do RN	Preparação para a alta
ESTÁGIO VIII	SEpS	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovascula res	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CURRÍCULA DE ENFERMAGEM

Momentos seleccionados para observação participante em ensino clínico na Escola B

ESCOLA B						
ESTÁGIO III OBSTETRÍ- CIA		Amamentaç ão	Banho do RN	Preparação para a alta	PNV RN	SEpS
ESTÁGIO IV PEDIATRIA			SEpS			
ESTÁGIO VI SAÚDE COMUNITA RIA	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovascu lares	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Vacinação	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva	Tratamento de feridas
ESTÁGIO VII SAÚDE COMUNITA RIA	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovascu lares	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes	Consultas de enfermagem - Programa de Saúde Infantil e Juvenil	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva	SEpS	Consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional de Vacinação
ESTÁGIO IX SAÚDE COMUNITA RIA	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovascu lares	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil	Consultas de enfermagem - Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva	SEpS	

ANEXO VII

Planos de observação

PLANO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE
(NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM)

Objetivo geral: Identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da Promoção da Saúde

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Indicadores para observação
Ambiente de cuidados	Caraterizar o ambiente de cuidados	Caraterísticas ambientais Caraterísticas físicas
Processo de cuidados	Identificar dimensões valorizadas no processo de cuidados	Uso de um modelo teórico Uso da metodologia científica nas diferentes etapas Mobilização dos IBE Dimensões valorizadas da pessoa Centralidade da pessoa/cuidador no processo de cuidados Valorização da individualidade da pessoa
PrS ao longo do ciclo vital de acordo com os programas nacionais de saúde	Caracterizar o modo de desenvolvimento da PrS em situações de cuidados	PrS com a mulher/casal no PF PrS com a grávida/casal PrS com a criança/ pais PrS com o adulto PrS na pessoa idosa PrS com o adulto Empowerment Modos de comunicação Uso de estratégias
Estudante como promotor de saúde	Identificar as caraterísticas, atitudes e conhecimentos do estudante como promotor de saúde	Caraterísticas Atitudes Conhecimentos

PLANO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE
(NO CONTEXTO DA PEDIATRIA)

Objetivo geral: Identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da Promoção da Saúde

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Indicadores para observação
Ambiente de cuidados	Caraterizar o ambiente de cuidados	Caraterísticas ambientais Caraterísticas físicas
Processo de cuidados	Identificar dimensões valorizadas no processo de cuidados	Uso de um modelo teórico Uso da metodologia científica nas diferentes etapas Mobilização dos IBE Dimensões valorizadas da pessoa Centralidade da pessoa/cuidador no processo de cuidados Valorização da individualidade da pessoa
PrS com criança e ou pais	Caracterizar o modo de desenvolvimento da PrS em situações de cuidados	PrS centrada na criança PrS centrada nos pais Empowerment Modos de comunicação Uso de estratégias
Estudante como promotor de saúde	Identificar as caraterísticas, atitudes e conhecimentos do estudante como promotor de saúde	Caraterísticas Atitudes Conhecimentos
Áreas de intervenção a grupos	Identificar a origem das áreas de intervenção a grupos	Conhecimento da realidade Diagnóstico de enfermagem
PrS a grupos de crianças/pais na unidade	Caracterizar o modo de desenvolvimento da PrS a grupos na unidade	Espaço físico de interação Atributos do empowerment Modos de comunicação Estratégias

Planeamento da atividade promotora de saúde	Caraterizar a elaboração do planeamento	Plano de sessão Modelos e teorias de PrS e EpS Métodos Estratégias Objetivos relacionados com os conteúdos Objetivos direcionados para a avaliação Objetivos centrados no grupo alvo Conteúdos Avaliação
Avaliação da atividade promotora de saúde	Identificar o modo de avaliação	Resultados da intervenção Centrada na sessão

PLANO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

(NO CONTEXTO DA OBSTETRÍCIA)

Objetivo geral: Identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da Promoção da Saúde

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Indicadores para observação
Ambiente de cuidados	Caraterizar o ambiente de cuidados	Caraterísticas ambientais Caraterísticas físicas
Processo de cuidados	Identificar dimensões valorizadas no processo de cuidados	Uso de um modelo teórico Uso da metodologia científica nas diferentes etapas Mobilização dos IBE Dimensões valorizadas da pessoa Centralidade da pessoa/cuidador no processo de cuidados Valorização da individualidade da pessoa
PrS com a puérpera e Recém-nascido	Caracterizar o modo de desenvolvimento da PrS em situações de cuidados	PrS centrada na puérpera PrS centrada no RN Atributos do empowerment Modos de comunicação Uso de estratégias
Estudante como promotor de saúde	Identificar as caraterísticas, atitudes e conhecimentos do estudante como promotor de saúde	Caraterísticas Atitudes Conhecimentos
Áreas de intervenção a grupos	Identificar a origem das áreas de intervenção a grupos	Conhecimento da realidade Diagnóstico de enfermagem
PrS a grupos de puérperas/pais na unidade	Caracterizar o modo de desenvolvimento da PrS a grupos na unidade	Espaço físico de interação Atributos do empowerment Modos de comunicação
Planeamento da atividade promotora de saúde	Caraterizar a elaboração do planeamento	Plano de sessão Modelos e teorias de PrS e EpS

		Métodos Estratégias Objetivos relacionados com os conteúdos Objetivos direcionados para a avaliação Objetivos centrados no grupo alvo Conteúdos Avaliação
Avaliação da atividade promotora de saúde	Identificar o modo de avaliação	Resultados da intervenção Centrada na sessão

PLANO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

(Promoção da Saúde nos contextos da comunidade)

Objetivo geral: Identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da Promoção da Saúde

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Indicadores para observação
Ambiente de cuidados	Caraterizar o ambiente de cuidados	Caraterísticas ambientais e físicas Artefactos Propício ao desenvolvimento da PrS
Estudante como promotor de saúde	Identificar as caraterísticas, atitudes e conhecimentos do estudante como promotor de saúde	Caraterísticas Atitudes Conhecimentos
Áreas de intervenção	Identificar a origem das áreas de intervenção	Conhecimento da realidade Diagnóstico de saúde
Planeamento da atividade promotora de saúde	Caraterizar a elaboração do planeamento	Plano de sessão Modelos e teorias de PrS e EpS Métodos Estratégias Objetivos relacionados com os conteúdos Objetivos direcionados para a avaliação Objetivos centrados no grupo alvo Conteúdos Avaliação
PrS nos contextos da comunidade	Caracterizar o modo de desenvolvimento da PrS em diferentes contextos da comunidade	Espaço físico de interação Atributos do empowerment Modos de comunicação
Avaliação da atividade promotora de saúde	Identificar o modo de avaliação	Resultados da intervenção Centrada na sessão

ANEXO VIII

Plano e guião de entrevista aos professores

PLANO DE ENTREVISTA A PROFESSORES

Objetivo geral: Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a Promoção da Saúde na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Para formulário de questões
PrS na Conceção Curricular	Caracterizar a perspetiva dos professores face à PrS na Conceção Curricular	<p>Relação entre os conceitos: Saúde, PrS, e Empowerment; PrS e EpS; EpS e Prevenção</p> <p>Principais finalidades do empowerment</p> <p>Posição da PrS no currículo</p> <p>Referenciais conceptuais sobre PrS que sustentam a formação em enfermagem</p> <p>Conhecimento do conteúdo de PrS no currículo do 1º e do 2º ciclo</p> <p>Conteúdos a incluir</p> <p>Pressupostos subjacentes à formação do enfermeiro enquanto promotor de saúde</p> <p>Valorização dos parceiros das organizações de saúde</p> <p>Valorização do estudante como parceiro</p>
PrS no desenvolvimento Curricular	Caracterizar a perspetiva dos professores face à PrS no desenvolvimento curricular	<p>Singularidades emergentes do processo educativo na operacionalização do currículo sobre PrS no ensino teórico e no ensino clínico</p> <p>Conceção, desenvolvimento e avaliação com os estudantes de uma atividade promotora de saúde nas organizações de saúde e na comunidade</p>
Avaliação curricular da PrS	Caracterizar a perspetiva dos professores face à PrS na avaliação curricular	Formas de avaliação da PrS como contributo para a avaliação curricular

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

Área de especialização: Educação em Enfermagem

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS PROFESSORES

**MOBILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA
SAÚDE NO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM**

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

ABRIL DE 2012

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS PROFESSORES

PARTE A

1 Dados de Caracterização Pessoal e Profissional	
1.1 Sexo	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
1.2 Idade	_____ anos
1.3 Habilitações Académicas	Licenciatura com especialidade em: _____ Pós-graduação em _____ Mestrado em _____ Doutoramento em _____
1.4 Categoria Profissional	Professor (a) Coordenador(a) <input type="checkbox"/> Professor (a) Adjunto(a) <input type="checkbox"/> Assistente 2º Triénio <input type="checkbox"/> Assistente 1º Triénio <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> _____
1.6 Anos de exercício profissional como docente	_____ anos
1.7 Anos de exercício profissional na instituição	2 <input type="checkbox"/> + de 2 <input type="checkbox"/> quantos? _____
1.8 Contacto (mail)	

Hora de início:

Hora de término:

PARTE B

QUESTÕES	INDICADORES
1 -MOBILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE PRS, NA CONCEÇÃO CURRICULAR	
<p>1.1 Neste fenómeno da PrS nos curricula de enfermagem, poderia explicitar a relação entre os conceitos: Saúde, PrS, e Empowerment</p> <p>PrS e EpS</p> <p>EpS e Prevenção</p> <p>Bem-estar, qualidade de vida</p>	<p>Relação entre conceitos:</p> <p>Principais finalidades do empowerment</p>
<p>1.3 Face à sua experiência como docente, qual o significado do currículo, no âmbito da PrS?</p> <p>1.3.1 Como valoriza os parceiros na dimensão do currículo?</p> <p>1.3.2 Que referenciais conceptuais sobre PrS sustentam a formação em enfermagem?</p> <p>1.3.3 Que pressupostos devem estar subjacentes à formação do enfermeiro enquanto promotor de saúde?</p> <p>1.4 Qual o conteúdo de PrS incluído no currículo do 1º e do 2º ciclo?</p>	<p>Centralidade no estudante</p> <p>Formação do estudante como cidadão</p> <p>Posição da PrS no currículo</p> <p>Parceiros: docentes, estudantes, enfermeiros,</p> <p>Referenciais da PrS: Declarações da OMS, Carta de Ottawa (1986); Saúde para Todos 2000; Saúde para Todos no século XXI; Plano Nacional de Saúde; Outros</p> <p>Conhecimentos Aptidões Atitudes</p> <p>Conceito de saúde</p> <p>Conceito de PrS</p> <p>Determinantes de saúde</p> <p>Requisitos da PrS</p> <p>Princípios da PrS</p> <p>Estratégias Básicas</p> <p>Settings</p> <p>Estratégias fundamentais:</p> <p>Valores</p> <p>Literacia em saúde</p> <p>Abordagem ecológica de PrS: Técnicas de avaliação da capacidade de uma comunidade</p>

1.5 Qual o conteúdo de PrS que incluiria no currículo do 1º e do 2º ciclo?	Modelos de PrS e EpS
2.MOBILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE PRS, NO DESENVOLVIMENTO CURRICULAR	
2.1 Falando da sua experiência como docente na operacionalização do currículo sobre PrS, quais as singularidades emergentes do processo educativo, tanto no ensino teórico como no ensino clínico?	<p>Ensino Teórico</p> <p>Ensino Clínico</p>
2.2 - Como concebe, desenvolve e avalia com os estudantes uma atividade promotora de saúde?	<p>Conceção Grupo alvo Conhecimento da realidade Diagnóstico de saúde</p> <p>Elaboração do plano de sessão: Objetivos Métodos Estratégias Avaliação</p> <p>Implementação Estratégias Meios</p> <p>Avaliação: Centrada nas pessoas Centrada nos estudantes Centrada nos resultados</p>
3.MOBILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE PRS, NA AVALIAÇÃO CURRICULAR	
3.1 Como se processa a avaliação da PrS como contributo para a avaliação curricular?	<p>Função formativa</p> <p>Função sumativa</p> <p>Tipo de instrumentos de avaliação</p>
Existe algo mais que queira dizer acerca deste assunto para além das questões colocadas?	

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO IX

Plano e guião de entrevista aos estudantes

PLANO DE ENTREVISTA A ESTUDANTES

Objetivo geral: Identificar os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da promoção da saúde

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Para formular questões
PrS no desenvolvimento Curricular	Caracterizar a perspetiva dos estudantes face à PrS no desenvolvimento curricular	Ensino Teórico: Modelo teórico de enfermagem Conteúdos Estratégias Relação com outros conteúdos Posição da PrS no currículo
		Ensino Clínico Integração em projetos Modelo teórico de enfermagem Ambiente de cuidados Avaliação Diagnóstico de enfermagem Planeamento Implementação Avaliação dos cuidados Metodologia de colheita de dados Diagnóstico de situação Plano de sessão Validação dos resultados Papel do enfermeiro no processo Papel do professor no processo
Avaliação curricular da PrS	Caracterizar a perspetiva dos estudantes face à PrS na avaliação curricular	Formativa Sumativa Tipo de Instrumentos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

Área de especialização: Educação em Enfermagem

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ESTUDANTES

SENTIDOS ATRIBUIDOS PELOS ESTUDANTES À APRENDIZAGEM DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

JULHO DE 2012

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ESTUDANTES

PARTE A

1 Dados de Caraterização Pessoal	
1.1 Sexo	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
1.2 Idade	_____ Anos
1.3 Ano de Curso	2º Ano <input type="checkbox"/> 3º Ano /1ºS <input type="checkbox"/> 3º Ano/2ºS <input type="checkbox"/> 4º Ano/1ºS <input type="checkbox"/> 4º Ano/2ºS <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/>
1.4 Contacto (mail)	

Hora de início:

Hora de término:

Objetivos:

Caracterizar a perspetiva dos estudantes face à PrS no ensino teórico

Caracterizar a perspetiva dos estudantes face à PrS em diferentes situações de cuidados no ensino clínico

PARTE B

QUESTÕES	INDICADORES
DOMÍNIO A – ENSINO TEÓRICO	
1.Descreva uma situação significativa em ensino teórico que tenha sido favorecedora da sua aprendizagem em PrS	Ensino Teórico Modelo teórico de enfermagem Conteúdos Tipologia de horas Estratégias Relação com outros conteúdos Posição da PrS no currículo
DOMÍNIO B – ENSINO CLÍNICO	
2.Descreva uma situação significativa em que elaborou um diagnóstico de situação a nível de um grupo ou da comunidade	Ensino Clínico Modelo teórico de enfermagem utilizado Relação com os parceiros sociais Ambiente de cuidados Comunicação/relação com as pessoas sujeitos de cuidados Integração em projetos

	<p>Metodologia de colheita de dados: Diagnostico de situação Validação dos resultados com o grupo ou comunidade:</p>
<p>3.Descreva uma situação significativa em que desenvolveu promoção da saúde com um grupo ou com a comunidade</p>	<p>Plano de sessão:</p> <p>Objetivos Métodos Modelos de PrS e EpS: Estratégias Avaliação</p> <p>Implementação: Caraterização do Ambiente Comunicação/relação com o grupo alvo Comunicação/relação com os parceiros sociais Estratégias</p> <p>Avaliação: Centrada na sessão Centrada nos resultados</p>
<p>4.Descreva uma situação significativa em que desenvolveu promoção da saúde à pessoa e/ou cuidador</p>	<p>Avaliação</p> <p>Diagnóstico de enfermagem</p> <p>Planeamento: Plano de cuidados</p> <p>Implementação: Ambiente Estratégias</p> <p>Avaliação dos cuidados</p>
<p>Existe algo mais que queira dizer acerca deste assunto para além das questões colocadas?</p>	

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO X

Domínios culturais da observação participante

Análise Observação participante (exemplo)
(Spradley, 1980; Laperrière, 2003)

ELEMENTOS	OP9-CEPNSIJ-3ºA/2ºS-EB
Espaço	<ul style="list-style-type: none"> Gabinete de enfermagem - UCSP
Ambiente/Ruídos	<ul style="list-style-type: none"> Ambiente a uma temperatura agradável, para o despir das crianças e luz artificial e natural
Contacto inicial	<ul style="list-style-type: none"> A criança entra e dá um beijo à Enfª e esta diz para ela dar um beijo à Est. e todos riem.
Artefactos	<ul style="list-style-type: none"> Do lado esquerdo: catre para vestir/despir o bebé, marquesa, secretária com computador ao fundo e ao lado, um lavatório. Frigorífico, armário, balança para bebés, balança de pé, craveira de parede com boneco, balde do lixo e escala de visão ao perto. Nas paredes tem alguns quadros decorativos alusivos à criança Cartaz sobre alimentação no 1º ano de vida
	<ul style="list-style-type: none"> Est. utilizou a balança para pesar a criança e a craveira com boneco na parede para medir. Utiliza a escala de visão ao perto, para avaliar a acuidade visual.
	<ul style="list-style-type: none"> Est. utilizou a balança para pesar a criança e a craveira com boneco na parede para medir. Utiliza a escala de visão ao perto, para avaliar a acuidade visual.
Atores	<ul style="list-style-type: none"> Est. Jovem morena de cabelos pretos e ondulados, apanhado em rabo-de-cavalo. Usa bata por cima da sua roupa.
	<ul style="list-style-type: none"> Mulher do campo e vestia uma saia, camisola e casacão, collants escuras e botas.
	<ul style="list-style-type: none"> Criança de 5 anos, pequena e franzina mas simpático e espertalhão. Usa botas, calças, uma camisola de lã grossa e camisola interior e um impermeável com capuz.
Meta/Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Consulta de enfermagem no âmbito do PNSIJ – exame global de saúde (EGS) dos 5-6 anos
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> Avalia a linguagem solicitando à criança que diga o nome completo e idade e o dia do aniversário. Solicita para despir o casaco e a camisola para ir pesar. Avalia a estatura na craveira com boneco na parede. Questiona se quer ir para a escola Criança diz que quer ir para aprender e porque quer ter muitos amigos para brincar. Questiona sobre o tipo de brincadeiras que mais gosta. Informa-o dos valores dos dados antropométricos. Questiona sobre as brincadeiras em casa. Criança responde “ pinto livros, vejo televisão” A mãe informa que ele anda de bicicleta e gosta de jogar dominó. Questiona sobre o uso de capacete.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criança responde afirmativamente acenando a cabeça. ▪ Questiona sobre o comportamento na escola e a criança responde positivamente e a mãe confirma. ▪ Questiona sobre os hábitos de sono ▪ Mãe diz que criança se deita por volta das 20h e acorda às 8 h. ▪ Questiona sobre hábitos de escovagem dos dentes e se o faz de forma autônoma. ▪ Questiona sobre o consumo de doces. ▪ Criança diz que não, mas a mãe diz que ele e o pai são muito gulosos. ▪ Questiona se gosta de sopa ▪ A mãe responde afirmativamente e que come.
Atos	
Acontecimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico interrompe e pergunta se falta muito
Sentimentos/attitudes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brinca (faz cócegas) à criança. ▪ Colocou questões à criança ▪ Durante a interação com a criança, coloca-lhe as mãos nos ombros. ▪ Quando a mãe intervinha, fixava nela o olhar. ▪ Risos de todos ao longo da consulta, com as expressões da criança.
Conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobre parâmetros a avaliar: físicos e alguns psicomotores.
Tempo	<p>20'</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Constrangimento de tempo pelo médico que interrompe
Orientação da Enfª	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valida com a Est. se ela sabe em que consiste o EGS e ela respondeu que só em teoria. ▪ Valida com a Est. os parâmetros a avaliar e o porquê de intervir. ▪ Informa a Est., após avaliação que a criança tem um desenvolvimento normal. ▪ Solicita à Est. para contar os dentes da criança.

Domínios culturais resultantes da análise descritiva das OP

OBJETIVOS	DOMINIOS CULTURAIS	CATEGORIAS	QUESTÕES ESTRUTURAIS
Identificar a influência dos espaços nas interações	A – ESPAÇO FÍSICO DE INTERAÇÃO		Que outros espaços de interação são possíveis de encontrar?
	A.1-Espaço físico de interação em unidades de saúde	A.1.1 - Sala de tratamentos – UCSP A.1.2 - Sala de vacinação - UCSP A.1.3 - Gabinete de Consulta de Enfermagem (UCSP e USF) A.1.4 - Gabinete de Enfermeiros A.1.5 - Quarto Obstetrícia A.1.6 - Sala de trabalho (Obstetrícia e UCC) A.1.7 - Sala de Formação A.1.8 - Refeitório da Pediatria A.1.9 - Sala de Brincar da Pediatria A.1-10 - Sala de Reuniões CS	
	A.2-Espaço físico de interação em contextos da comunidade	A.2.1 - Refeitório do Centro de Dia A.2.2 - Auditório Escola Secundária A.2.3 - Jardim de Infância A.2.4 - Casa Didática A.2.5 - Salas de aula Escola Superior de Saúde	
	A.3-Caraterísticas físicas/ambientais	A.3.1 - Dimensão da sala A.3.2 - Temperatura A.3.3 - Ventilação A.3.4 - Luminosidade A.3.5 - Ruído	
Identificar a influência dos artefactos nas interações	B – ARTEFACTOS		Que outros artefactos são possíveis de influenciar as interações?
	B.1- Painel digital fixo	B.1.1 - Aleitamento materno e boa pega B.1.2 - Contraindicações do uso da chupeta B.1.3 - Cuidados com os seios	
	B.2 – Poster/Cartazes	B.2.1 - Sinais de uma boa pega - aleitamento materno B.2.2 - Alimentação no 1º ano de vida B.2.3 - Locais de administração das vacinas B.2.4 – Doenças cardiovasculares B.2.5 - Rastreio cancro colo útero B.2.6 - Diabetes B.2.7 - Transporte do bebé B.2.8 - Cuidados com os seios B.2.9 - Contraindicações do uso da chupeta	
	B.3 – Dispositivos de segurança do bebé	B.3.1 - Banco de automóvel com cinto B.3.2 - Cadeira adaptada	
	B.4 - Objetos decorativos	B.4.1 - Desenhos infantis nas paredes B.4.2 - Desenhos juvenis nas paredes B.4.3 - Desenhos de frutos nas paredes B.4.4 - Quadros decorativos alusivos à criança B.4.5 - Craveira de parede com boneco B.4.6 - Bonecos (suspensos no teto e soltos) B.4.7- “Centopeia” com calendário de vacinação	

Percecionar os objetivos dos encontros	C - OBJETIVOS DOS ENCONTROS:		
	C.1 - Tratamento de feridas	C.1.1 - UCSP C.1.2 - UCSP	Que outros objetivos se podem percecionar nos encontros?
	C.2- Discussão de Estudos de caso	C.2.1- Pessoas em contexto de pediatria C.2.2 - Pessoas em contexto de obstetrícia C.2.3 - Pessoas em contexto domiciliário C.2.4 -Pessoas em contexto das consultas de enfermagem	
	C.3- Intervenção Planeada nos contextos Hospitalares	C.3.1 - Cuidados de Higiene ao RN C.3.2 - Vacinação do RN C.3.3 - “Ensino programado para a alta”: cuidados com as mamas C.3.4 - Preparação para a alta C.3.5 - SEpS: Banho do RN C.3.6 - SEpS: Promover a Alta Segura – Verificação do selo de homologação no ato da compra; Fixação da cadeira no banco do automóvel; Colocação da criança na cadeira; Colocação de cinto de segurança C.3.7 - SEpS - Competências Básicas em Emergência: intervenientes; princípios básicos de socorrismo; Relação entre competências de emergência e fases de desenvolvimento das crianças (2-18anos) C.3.8 - SEpS – Prevenção de acidentes Prevenção de acidentes domésticos; Prevenção de acidentes na rua; Prevenção de acidentes na escola	
	C.4- Intervenção Planeada no contexto de CS	C.4.1 - Nas consultas de enfermagem nos vários programas C.4.2 - SEpS -aleitamento materno: Vantagens e técnicas para o sucesso da amamentação	
	C.5 Intervenção Planeada na comunidade	C.5.1 - SEpS sobre Planeamento familiar (PF): importância da consulta de PF; métodos contracecionais e anticoncecionais disponíveis e modo de utilização; importância da correta utilização, alertando para a prevenção das IST's; autoexame da mama e programa de rastreio (mamografia); rastreio do cancro do colo do útero C.5.2 - SEpS (Pro) mover uma mente sã em corpo são: Prevenção da solidão e tristeza; importância da comunicação para um melhor bem-estar; importância da atividade física C.5.3- SEpS sobre prevenção de acidentes: Prevenção de acidentes domésticos; Prevenção de acidentes na rua; Prevenção de acidentes na escola.	

		C.5.4 - SEpS sobre Infecções sexualmente transmissíveis: hepatite B, Sífilis, Gonorreia, herpes genital, Tricomoníase, Uretrite e vulvovaginite, HPV, SIDA; conceito; sintomas, formas de prevenção	
Percecionar a dinâmica entre os atores	D- ENVOLVIMENTO DOS ATORES		Que outros tipos de interação se podem observar?
	D.1 – Expressão de sentimentos	D..1..1 – Afeto D.1.2 – Nervosismo (estudante) D.1.3 – Choro D.1.4 – Sorrisos D.1.5 - Linguagem afetiva D.1.6 – Pegar na mão D.1.7 – Mão no ombro D.1.8 - Colocação do bebé ao colo	
	D..2 – Hegemonia Profissional	D.2.1 – Informação limitada D.2.2 - Uso do “deve fazer” D.3.3 – Culpar	
Identificar as fontes mobilizadas pelos estudantes para a intervenção	E - FONTES MOBILIZADAS PELOS ESTUDANTES PARA A INTERVENÇÃO		Que outras fontes são mobilizadas pelos estudantes?
	E.1 -Tipo de Fontes	E.1.1 – Manuais elaborados por estudantes E.1.2 - Folhetos E.1.4 – Suporte informático E.1.5 – Dossiers/Apontamentos E.1.6 - “Aide-mémoire”	
Identificar as estratégias utilizadas no decurso da consulta	F – USO DE ESTRATÉGIAS NO DECURSO DA CONSULTA		Que outras estratégias são utilizadas no decurso da consulta
	F.1 - Tipo de expressões	F.1.1 - Humor F.1.2 - Uso do “nós” F.1.3 - Reforço positivo F.1.4 - Tom de voz (calmo; arrogante; firme) F.1.5 - Gestos F.1.6 - Juízos de valor F.1.7 - Rapidez no questionamento F.1.8 - Clareza na informação F.1.9 – Silêncios	
	F.2 – Tipo de contacto visual	F.2.1 - Desvio/Fuga F.2.2 - Uso do contacto visual	
Identificar os constrangimentos no decurso da consulta de enfermagem	G - CONSTRANGIMENTOS AO DECURSO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM		Que outros constrangimentos podem ocorrer?
	G.1 – Pressão do tempo	G.1.1 – Pelos médicos G.1.2 – Tempos de consulta pré definidos	
	G.2 - Interrupções	G.2.1 – Da parte médica G.2.2 – Da parte de pares G.2.3 – Entrada e saída de outros utentes e enfermeiros/estudantes (avaliação de peso)	
Percecionar como são conduzidas as atividades nos encontros	H – ATIVIDADES NAS CONSULTAS, INTERNAMENTO E COMUNIDADE		Que outros modos de condução das atividades são possíveis de
	H1 – Mobilização de modelo teórico	H.1.1 – Não visibilidade de modelo teórico na prestação de cuidados H.1.2 – Visibilidade de modelo teórico na apresentação dos estudos de caso	

	H.2- Avaliação diagnóstica	<p>H.1.1 – Registos informáticos e/ou no boletim (consulta e elaboração: ao longo e no final)</p> <p>H.1.2 - Consulta a documentação de cuidados no ecrã, repetidamente</p> <p>H.1.3 – Centrada nos conhecimentos das pessoas</p> <p>H.1.4 - Centrada nas habilidades e capacidades das pessoas</p> <p>H.1.5 – Centrada nos hábitos das pessoas</p> <p>H.1.6 - Centrada na idade da criança e gestacional da grávida</p> <p>H.1.7 - Centrada no motivo da procura dos cuidados</p> <p>H.1.8 - Centrada nos cuidados antecipatórios</p> <p>H.1.9 - Mostra dificuldade na colocação de questões</p> <p>H.1.10 – Uso dos IBE</p>	
	H.3 - Diagnóstico	<p>H.2.1 - Na função</p> <p>H.2.2 - Na pessoa</p> <p>H.2.3 - Sem síntese de dados</p> <p>H.2.4 - Foco inadequado</p>	
	H.4 - Planeamento	<p>H.3.1 - Elabora Plano de sessão</p> <p>H.3.2 - Objetivos relacionados com os conteúdos</p> <p>H.3.3 - Objetivos direcionados para a avaliação</p> <p>H.3.4 - Cuidados orientados para os diagnósticos</p> <p>H.3.5 - Meta sem relação com o diagnóstico</p> <p>H.3.6 - Ações insuficientes para a PrS.</p>	
	H.5 - Implementação	<p>H.4.1 - Orientada para a singularidade</p> <p>H.4.2 - Orientada para o <i>standard</i></p>	
	H.6 - Avaliação dos cuidados	<p>H.5.1 - Resultado da intervenção</p> <p>H.5.2 - Inexistente</p>	

ANEXO XI

Termos de Consentimento Informado

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
PARA OBSERVAÇÃO AOS ESTUDANTES**
Baseado no **Research Ethics Review Committee**
(WHO ERC)

Nome da Pesquisa: Promoção da Saúde nos currícula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes

Âmbito: Doutoramento em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa

Doutorando: Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

Orientação: Professor Doutor José Amendoeira

Nota Introdutória:

Venho por este meio solicitar a sua autorização para participar no estudo de investigação com o título supra-citado, que nos encontramos a desenvolver.

Com este estudo, pretendemos analisar os currícula de enfermagem; identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS; caraterizar o conhecimento dos professores sobre PrS, na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular.

Pretendemos responder às questões:

Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular?

Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS.

Temos assim, como dimensões deste estudo: os **atores** - estudantes e professores, enquanto principais intervenientes no currículo e processo ensino-aprendizagem da PrS; a **dimensão Instituída** – o currículo com objetivos, conteúdo de PrS, estratégias e métodos de ensino-aprendizagem, settings, competências e avaliação; a **dimensão Instituinte** - como se operacionaliza e avalia o currículo, no âmbito da PrS.

No presente encontramos-nos a efetuar pesquisa documental nomeadamente relacionada com os currícula de enfermagem; documentos orientadores do desenvolvimento do ensino teórico e dos estágios, elaborados pelos professores e reflexões e trabalhos finais de estágio efetuados pelos estudantes. Seguidamente efetuaremos observação participante sobre como, os estudantes transferem o conhecimento para a ação no âmbito da PrS, em atividades na comunidade e nos contextos de Obstetrícia e Pediatria, e posteriormente, realizaremos entrevistas semiestruturadas a estudantes e professores.

Estas são as técnicas de recolha de dados que se nos apresentam como estruturantes para a contextualização das dimensões em estudo.

Tipo de intervenção

Este estudo envolverá a sua participação em vários momentos de observação em atividades nos centros de saúde ou na comunidade no âmbito da PrS ou nos serviços de Pediatria e Obstetrícia, consoante o estágio que esteja a desenvolver.

Crítérios de Seleção

Este pedido surge no seguimento daqueles que consideramos serem os critérios de inclusão da amostra para o estudo que estamos a desenvolver: ser Estudante do 1º ciclo do Curso de Enfermagem ou do 2º ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Comunidade ou do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Na Comunidade, que se encontrem em estágio.

Voluntariedade na participação

A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária.

Poderá alterar a sua decisão mais tarde e mesmo deixar de participar, embora possa ter concordado em cooperar inicialmente.

Procedimento para a observação

Caso aceite, será solicitado(a) a participar em momentos de observação realizada pelo investigador.

O momento da realização da mesma será acertado de comum acordo entre ambas as partes.

Se não desejar ser sujeito de observação, pode referi-lo a qualquer momento e o observador abandonará o local.

A informação da observação será registada em notas de campo.

Riscos ou desconfortos

Não existirão riscos pessoais pela participação no estudo.

O desconforto que poderá percepcionar será correspondente à partilha de informações pessoais ou confidenciais, porém, não é desejado que esse desconforto venha a acontecer.

Não tem que ser sujeito de observação se sentir incómodo por estar a ser observado pelo investigador.

Benefícios

Não haverá nenhum benefício direto pela sua participação nesta investigação. Pretende-se sim, que exista um benefício global para Enfermagem.

Incentivos

Não existirá qualquer tipo de incentivo externo para fazer parte na pesquisa.

Confidencialidade

As informações colhidas na observação serão mantidas em sigilo.

A informação documentada durante a observação será validada com o participante logo que termine o período de observação.

Qualquer informação sobre o (a) participante será codificada. Somente o investigador e o orientador saberão a identidade dos mesmos.

Divulgação dos resultados

Os conhecimentos que obtivermos desta pesquisa serão compartilhados com os participantes antes de serem tornados públicos. Cada participante receberá um resumo dos resultados.

Caso seja pertinente e possível, os resultados da pesquisa serão compartilhados mais amplamente, por exemplo, através de publicações e conferências.

Direito de recusar ou desistir do consentimento

O(a) participante não tem que fazer parte desta pesquisa se não o desejar.

Se escolher participar, isso não afetará o seu percurso pessoal.

Pode deixar de participar em qualquer momento que desejar, sem que existam quaisquer consequências pessoais.

Contactos

Se tiver qualquer dúvida, pode colocá-la em qualquer momento.

Se desejar colocar dúvidas posteriormente às observações pode contactar o investigador pelos seguintes meios:

E-mail: mcarmofigueiredo55@gmail.com

Telefones: 249541109 ou 962469359

Certificado de consentimento

Declaro que fui convidado(a) a participar no projeto de investigação: “Promoção da Saúde nos curricula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes”.

Fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Conscientemente concordo com a identificação da minha ligação com a instituição, nos relatórios da pesquisa e publicações associadas (☐) **sim** (☐) **não**.

Percebi que os resultados da pesquisa poderão ser compartilhados mais amplamente, por exemplo, através de publicações e conferências.

Participarei em vários momentos de observação e concordo em ser observado (☐) **sim** (☐) **não**.

Concordo com a utilização de correspondência eletrônica enviada e recebida entre mim e o investigador (☐) **sim** (☐) **não**.

Fui informado(a) que os desconfortos da minha parte serão minimizados e a existirem serão relativos à partilha de informações pessoais ou confidenciais.

Estou consciente que não haverá nenhum benefício direto nem incentivo pela minha participação neste estudo.

Declaro ainda que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Fui informado(a) do nome e contactos do investigador.

Data: _____

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____

e-mail: _____

Telemóvel _____

Assinatura do pesquisador: _____

Eu, investigador, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.

Assinatura do pesquisador: _____

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma arquivada pelo participante ou pelo seu representante legal e outra arquivada pelo investigador.

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

NOTA EXPLICATIVA PRÉVIA À OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO (Utentes)

Estou a fazer um estudo de investigação, para perceber os sentidos atribuídos pelos estudantes de enfermagem à aprendizagem da Promoção da Saúde, nas Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados na Comunidade e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

Para isso, como investigadora, e também enfermeira, permanecerei por alguns períodos de tempo a observar a prestação de cuidados, efetuada pelos estudantes.

Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a situação de observação isso será imediatamente respeitado.

Comprometo-me a manter integralmente o sigilo e o anonimato de todas as pessoas envolvidas nas situações de observação.

De acordo com o compromisso que assumo, da minha presença não poderá resultar qualquer dano para si ou para a sua família.

Solicito assim que, após se considerar devidamente informado, preencha este documento dando o seu consentimento, nos seguintes termos que se seguem.

_____, ____/____/____

Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

1) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Utentes dos ACES

(MOMENTOS DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE)

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito a presença da investigadora Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira, enquanto estiver a receber cuidados de enfermagem.

Nome: _____

_____, ____/____/____

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma arquivada pelo participante ou pelo seu representante legal e outra arquivada pelo investigador.

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
PARA ENTREVISTAS AOS PROFESSORES E ESTUDANTES**
Baseado no **Research Ethics Review Committee**
(WHO ERC)

Nome da Pesquisa: Promoção da Saúde nos currícula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes

Âmbito: Doutoramento em Ciências de Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa

Doutoranda: Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira

Orientação: Professor Doutor José Amendoeira

Nota Introdutória:

Venho por este meio pedir a sua autorização para participar na pesquisa com o título supra-citado, que nos encontramos a desenvolver.

Com este estudo, pretendemos analisar os currícula de enfermagem; identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da PrS; Caracterizar o conhecimento dos professores sobre a PrS, na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular.

Pretendemos responder às questões:

Qual a mobilização do conhecimento pelos professores sobre a PrS na conceção, desenvolvimento e avaliação curricular?

Quais os sentidos atribuídos pelos estudantes à aprendizagem da PrS.

Temos assim, como dimensões deste estudo: os **atores** - estudantes e professores, enquanto principais intervenientes no currículo e processo ensino-aprendizagem da PrS; a **dimensão Instituída** – o currículo com objetivos, conteúdo de PrS, estratégias e métodos de ensino-aprendizagem, settings, competências e avaliação; a **dimensão Instituinte** - como se operacionaliza e avalia o currículo, no âmbito da PrS.

Efetuámos pesquisa documental nomeadamente relacionada com os currícula de enfermagem; documentos orientadores do desenvolvimento do ensino teórico e clínico e reflexões e trabalhos finais de estágio. Seguidamente efetuámos observação participante sobre como, os estudantes transferem o conhecimento para a ação no âmbito da PrS, em atividades na comunidade e nos contextos de Obstetrícia e Pediatria, e actualmente estamos a realizar entrevistas semiestruturadas a estudantes e professores.

Estas são as técnicas de recolha de dados que se nos apresentam como estruturantes para a contextualização das dimensões em estudo.

Tipo de intervenção

Esta pesquisa envolverá a sua participação em pelo menos uma entrevista semi-estruturada.

CrITÉRIOS de Seleção

Este pedido surge no seguimento daqueles que consideramos serem os critérios de inclusão para o estudo que estamos a desenvolver: ser Professor com pelo menos dois anos de serviço na instituição e que leccione o ensino teórico de PrS e/ou que oriente os estágios na comunidade.

Voluntariedade na participação

A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária.

Poderá alterar a sua decisão mais tarde e mesmo deixar de participar, embora possa ter concordado em cooperar inicialmente.

Procedimento

Caso aceite, será solicitado(a) a participar numa entrevista realizada pelo investigador.

O local da realização da mesma será acertado de comum acordo entre ambas as partes.
Se não desejar responder a alguma das questões durante a entrevista, pode referi-lo a qualquer momento e o entrevistador passará para a próxima pergunta.
Mais ninguém para além do entrevistador estará presente, a menos que o pretenda.
A informação será registada em gravador digital.

Riscos ou desconfortos

Não existirão riscos pessoais pela participação no estudo.
O desconforto que poderá percepcionar será correspondente à partilha de informações pessoais ou confidenciais, porém, não é desejado que esse desconforto venha a acontecer.
Não tem que responder a qualquer pergunta ou a parte de informações obtidas, se sentir que os assuntos são muito pessoais ou se sentir incómodo em falar sobre os mesmos.

Benefícios

Não haverá nenhum benefício direto pela sua participação nesta investigação. Pretende-se sim, que exista um benefício global para a Enfermagem.

Incentivos

Não existirá qualquer tipo de incentivo externo para fazer parte na pesquisa.

Confidencialidade

As informações colhidas na entrevista serão mantidas em sigilo.
A informação documentada durante a entrevista é confidencial e mais ninguém terá acesso à mesma, a não ser que entenda e refira explicitamente o contrário.
Qualquer informação sobre o(a) entrevistado(a) será codificada. Somente o investigador e o orientador saberão a identidade dos entrevistados.

Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão compartilhados através de publicações e conferências.

Direito de recusar ou desistir do consentimento

O(a) entrevistado(a) não tem que fazer parte desta pesquisa se não o desejar.
Se escolher participar, isso não afetará o seu percurso pessoal e profissional.
Pode deixar de participar em qualquer momento que desejar, sem que existam quaisquer consequências pessoais ou profissionais.

Contactos

Se tiver qualquer dúvida, pode colocá-la em qualquer momento.
Se desejar colocar dúvidas posteriormente às entrevistas pode contactar o investigador pelos seguintes meios:
Correio electrónico: mcarmofigueiredo55@gmail.com
Telefones: 249541109 ou 962469359

Certificado de consentimento

Declaro que fui convidado(a) a participar no projeto de investigação: “Promoção da Saúde nos curricula de Enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes”
Fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.
Conscientemente concordo com a identificação de meu cargo ou ligação com instituições, nos relatórios da pesquisa e publicações associadas (☐) **sim** (☐) **não**.
Percebi que os resultados da pesquisa poderão ser compartilhados mais amplamente, por exemplo, através de publicações e conferências.

Participarei em pelo menos uma entrevista, e concordo com a gravação da mesma (☐) **sim** (☐) **não**.
Concordo com a utilização de correspondência eletrónica enviada e recebida entre mim e o investigador (☐) **sim** (☐) **não**.

Fui informado(a) que os desconfortos da minha parte serão minimizados e a existirem serão relativos à partilha de informações pessoais ou confidenciais.

Estou consciente que não haverá nenhum benefício directo nem incentivo pela minha participação neste estudo.

Declaro ainda que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Fui informado(a) do nome e contactos do investigador.

Data: /07/201

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____

Correio electrónico: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Eu, investigador, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.

Assinatura do pesquisador: _____

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma arquivada pelo entrevistado ou pelo seu representante legal e outra arquivada pelo investigador.

ANEXO XII

Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Parecer

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 8 de Março de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado "Promoção da saúde nos currícula de Enfermagem conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes", de Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira. A avaliação científica do projecto, por não ser da sua competência, não foi sujeita à apreciação desta Comissão

Foi deliberado, por unanimidade que, considerando embora a complexidade do discurso metodológico, designadamente, entre outros, "() com base em dimensões identificadas a partir da análise do material obtido da análise documental e sequentemente dos momentos de Observação Participante, pois esta segue três fases distintas: ()", não se antevêem objecções éticas que impeçam a aprovação deste projecto

Lisboa, 8 de Março de 2012

Dra Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)

ANEXO XIII

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde
B

PARECER

Nº 2/2011

REFERENTE AO PEDIDO DE "COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL COM PESQUISA NO ÂMBITO DO
PROJECTO DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM"

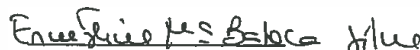
Considerando que este trabalho de doutoramento já tinha sido autorizado em 4 de Julho de 2011 e que a professora Suzana André tem sido a pessoa de referência na ESSV para a obtenção dos dados;

Considerando que o tema em estudo se pode reverter em evidências que contribuam para a melhoria da formação dos estudantes da ESS no que concerne à Promoção da Saúde, o que implica a disponibilização do relatório (Dissertação de Doutoramento) à instituição;

Considerando que seria desejável ter apresentado um projecto de investigação de acordo com a Recomendação nº1/2011 da Comissão de Ética "Instrução de Pedidos de Autorização de Estudos de Investigação" e que no seu pedido não faz referência aos procedimentos éticos a atender;

Somos de parecer favorável à continuidade do estudo, contudo consideramos indispensável que seja preservado o anonimato da Escola e resguardada a privacidade e a confidencialidade dos dados dos estudantes e dos professores, o que implica o rigoroso cumprimento do segredo profissional por parte dos investigadores envolvidos no tratamento dos dados, bem como o arquivamento escrupuloso do suporte informático.

, 20 de Outubro de 2011



A presidente da CE da

ANEXO XIV

Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Proposta de parecer

*Apresentado por
Instituição
fez CES
que reuniu de
17.12.2011
A. Pereira*

Assunto – Pedido de autorização para colaboração institucional no âmbito do projecto de Investigação com o título: Promoção da Saúde nos Currículos de Enfermagem: Conhecimento dos Professores e Sentidos Atribuídos pelos Estudantes.

1 – Apreciei o pedido de autorização de colaboração institucional formalizado pela doutora Maria do Carmo da Silva Figueiredo Pereira, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém, para desenvolver o projecto de investigação acima referido, no âmbito do doutoramento em Enfermagem, na área de especialização de Educação em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Amândio Pereira.

2 - Foram enviadas fotocópias dos seguintes documentos:

- Do ofício dirigido pela Investigadora ao Senhor Director Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde a pedir autorização para a colaboração institucional, no sentido da própria replicar a observação participante de estudantes do Curso de Enfermagem que se encontrem em estágios nos centros de saúde daquele Agrupamento.
- De prova de avaliação para registo definitivo do projecto de investigação com o parecer do grupo de avaliação.
- Do pedido, sem assinatura, dirigido pela Investigadora à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com os formulários de consentimento livre e informado para observação aos estudantes, para a entrevista aos estudantes e para a entrevista aos professores

Trata-se de um estudo que tem como objecto estudar a promoção da saúde nos currículos de enfermagem, com a finalidade de construir uma teoria explicativa sobre a formação da promoção da saúde no ensino da enfermagem.

Os objectivos são:

- Analisar os currículos do Curso de Enfermagem.
- Identificar os sentidos que os estudantes atribuem à aprendizagem da promoção da saúde.
- Analisar como os professores mobilizam o conhecimento sobre promoção da saúde na concepção, desenvolvimento e avaliação curricular.

Participantes no estudo:

O estudo desenvolve-se em duas Escalas Superiores de Saúde, no domínio científico de enfermagem, sendo a participantes:

- Professores das respectivas Escolas que leccionam o ensino teórico de promoção da saúde e/ou que orientam os estágios dos alunos na comunidade.

*P. 29/11
1*

*Assinado
12-1-2012
Luis PISCO
Vice-Presidente do Conselho Directivo
AFESLVT, L.P.*

P. 29/11

2

- Alunos do 1º ciclo do Curso de Enfermagem que se encontram em estágio na Comunidade.
- Alunos do 2º ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Comunidade.

Como instrumentos de colheita de dados a investigadora seleccionou:

- Análise documental, observação participante com notas de campo e entrevista.
As situações a observar serão as actividades de extensão à Comunidade no âmbito da promoção da saúde, no sentido de observar como os estudantes transferem o conhecimento para a acção.

Nas considerações éticas a investigadora refere que pretende considerar em pormenor:

- O consentimento informado e esclarecido dos participantes, assim como o direito de recusarem ou desistirem do consentimento.
- A confidencialidade dos dados.
- Os dados recolhidos serão tratados de forma a manter o anonimato dos participantes.
- Os participantes serão informados de que não haverá nenhum benefício directo pela participação na investigação, nem qualquer tipo de incentivo externo para fazer parte na pesquisa.

No domínio das "considerações éticas" não é feita referência pela investigadora pedido de consentimento dos utentes.

Mas tendo em atenção que a investigadora observa a intervenção dos estudantes (participantes de investigação) com utentes deve-lhes solicitar, previamente, o consentimento informado.

Conclusão

- 1 – Trata-se de um estudo pertinente na medida em que julgo não existirem, em Portugal, estudos desta natureza podendo, assim, este ser um contributo importante para eventual reformulação da formação dos enfermeiros nesta área.
- 2 – Estão contemplados os princípios éticos que devem estar presentes na investigação.
- 3 – Assim, considero que estão reunidas as condições para a emissão de parecer favorável desta Comissão. Condicionando a recomendação de ser solicitado pela investigação o consentimento informado dos utentes.